

Xin vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây bằng cách viết hoặc đánh dấu vào ☐ nơi tương ứng.

Hợp đồng mới ☐

Thay đổi ☐

Tái tục ☐

PHẦN I – THÔNG TIN CÁ NHÂN

Tên đầy đủ của Chủ hợp đồng: _____ (Ví dụ: Người làm đơn)

Nghề nghiệp: _____

Địa chỉ liên hệ: _____

Điện thoại số: _____ Email: _____

Chương trình tham gia bảo hiểm (Xin nêu rõ, xem (*) Hướng dẫn lựa chọn quyền lợi bảo hiểm như dưới đây):

Xin điền tên và chi tiết của chủ hợp đồng và những người phụ thuộc có yêu cầu bảo hiểm.

Tên đầy đủ	Quan hệ với Chủ hợp đồng	Nam/Nữ	Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	Số CMND/Số Hộ chiếu	Nước thường trú	Quê quán (tên nước)	Chiều cao/ Cân nặng	Chương trình lựa chọn
							/	
							/	
							/	
							/	

Nghề nghiệp của người hôn phối (nếu có): _____

Những người phụ thuộc phải có cùng quyền lợi bảo hiểm với nhân viên, ngoại trừ vùng bảo hiểm. Đối với trẻ em độ tuổi từ 18 đến 23, xin vui lòng ghi rõ tên và địa chỉ của trường cao đẳng hoặc đại học và số giờ theo học, hồ sơ bổ sung có thể được yêu cầu.

(*) CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM**Chương trình Bảo hiểm chuẩn**

- H1 - Chương trình Điều trị Nội trú H1 – Classic
H2 - Chương trình Điều trị Nội trú H2 – Executive
H3 - Chương trình Điều trị Nội trú H3 – Premier
H4 - Chương trình Điều trị Nội trú H3 – Premier + Thai sản

Bảo hiểm Bổ sung Tùy chọn

- O1 - Điều trị Ngoại trú
O2 - Điều trị Ngoại trú + Chăm sóc Nha khoa
O3- Điều trị Ngoại trú có áp dụng mức miễn thường (*)
O4- Điều trị Ngoại trú có áp dụng mức miễn thường (*) + Chăm sóc nha khoa

Phạm vi Địa lý

- Lựa chọn 1: Toàn cầu, áp dụng mức miễn thường 44.000.000 VNĐ đối với mỗi bệnh tật điều trị ở Mỹ hoặc Canada
Lựa chọn 2: Việt Nam, Trung Quốc, Thái lan, Singapore, Đài Loan, Hàn Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Indonesia và Philippines
Lựa chọn 3: Toàn cầu
Lựa chọn 4: Toàn cầu loại trừ Mỹ và Canada

(*) Mức miễn thường tiêu chuẩn đối với Điều trị ngoại trú là 550,000 VNĐ cho mỗi lần khám

(**) Công ty sẽ không bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán bồi thường cho bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc cung cấp các quyền lợi nào nếu như việc việc cung cấp bảo hiểm, thanh toán các yêu cầu bồi thường này hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Công ty vi phạm bất kỳ quy định cấm vận, ngăn cấm, hoặc hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hoặc các lệnh cấm vận kinh tế hay thương mại, luật pháp hoặc quy định của Liên Hiệp Châu Âu, Vương Quốc Anh hoặc Hiệp Chung Quốc Hoa Kỳ, bao gồm Miến Điện, Iran, Su-đăng, Triều Tiên, Syria, Li-băng và Cuba.

Hướng dẫn chọn quyền lợi bảo hiểm: H4, O2, Z3 có nghĩa là: Bạn chọn Chương trình điều trị Nội trú H3-Premier + Thai sản; Điều trị Ngoại trú + Chăm sóc Nha khoa; Phạm vi Toàn cầu.

Ngày hiệu lực theo yêu cầu: Từ: _____ Đến: _____

Phí Bảo hiểm năm: _____

Phương thức thanh toán

Tăng phí: _____

Giảm phí: _____

Tổng cộng: _____

☐ Tiền mặt ☐ Séc ☐ Chuyển khoản

Xin lưu ý người chuyển tiền sẽ chịu phí chuyển tiền qua ngân hàng, đề nghị gửi giấy chuyển tiền qua fax hoặc email cho Công ty Bảo hiểm tham chiếu.

PHẦN II (A) – CÂU HỎI Y KHOA

Các câu hỏi dưới đây phải trả lời đối với Người yêu cầu bảo hiểm và mỗi thành viên gia đình có tên trong giấy yêu cầu bảo hiểm. Với câu hỏi đã được trả lời là "✓CÓ" vui lòng cung cấp toàn bộ chi tiết tình trạng y khoa vào Phần II (B) dưới đây bao gồm cả tên, địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ, các chẩn đoán, các ngày điều trị, loại điều trị, tiền lượng bệnh, và quá trình điều trị hiện tại. Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty bảo lưu quyền yêu cầu thông tin y khoa bổ sung.

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Chủ hợp đồng		Người phụ thuộc		Người phụ thuộc		Người phụ thuộc	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
1. Bạn hay những người khác yêu cầu bảo hiểm hiện tại có bị tàn phế, đang mang thai, hoặc không thể thực hiện các hoạt động bình thường?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bạn hay những người khác yêu cầu bảo hiểm đã có đã thử nghiệm dương tính, đã được chẩn đoán, hay đang được điều trị hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải AIDS, các phức hợp liên quan đến AIDS (ARC), hội chứng bạch huyết, vi rút suy giảm miễn dịch người (HIV) hay bất kỳ rối loạn về hệ thống miễn dịch nào khác?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Trong 3 năm vừa qua, bạn hay những người khác yêu cầu bảo hiểm đã có chẩn đoán hay điều trị y tế hay đã tìm tư vấn hay đã được tư vấn yêu cầu xét nghiệm kiểm tra/điều trị/phẫu thuật hay quý vị có tiền lượng cần phải xét nghiệm một trong các bện sau đây:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a. Bệnh tim, viêm tim hay hệ tuần hoàn?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Mạch máu, động mạch, huyết áp hay thiếu máu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Chứng đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, động kinh hay đột quỵ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Tiểu đường?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Ung thư, u bướu , u nang, Polyp, ung bướu hay phát triển dị thường với bất kỳ dạng nào?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Gan, bao tử , bàng quang, ruột kết, ruột hay viêm gan?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Thận, tuyến tuyến liệt, cơ quan đường tiết niệu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Phổi, hệ thống hô hấp, hen suyễn hay lệch vách ngăn mũi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Hôi hộp, trầm cảm, lo lắng hay thần kinh? Lạm dụng thuốc hay nghiện rượu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Xương hoặc bộ xương, bao gồm cả rối loạn đầu gối, hông, lưng?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Cơ quan sinh sản bao gồm sự sinh đẻ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Bất kỳ bệnh nào khác, tổn thương, suy kém hay tình trạng dưới bất kỳ hình thức nào không nêu trên?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ chăm sóc thường xuyên.								

PHẦN II (B) – CÂU HỎI Y KHOA

Phần này áp dụng nếu bạn đã trả lời "Có" trong phần II (A). Xin vui lòng kê khai tất cả các tình trạng y khoa (hay các triệu chứng chưa được chẩn đoán) mà các câu trả lời này có ý định đề cập đến. Sử dụng cột 3 để liệt kê từng tình trạng riêng rẽ và cung cấp thêm thông tin chi tiết vào cột 4 đến 6.

1. Tên	2. Ô liên quan Số	3. Tình trạng Y khoa	4. Điều trị và tình trạng phải điều trị (liệt kê với ngày)	5. Nhu cầu điều trị hay tư vấn bổ sung	6. Tình trạng sức khỏe hiện tại

Nếu không đủ chỗ kê khai, xin sử dụng tờ giấy thêm riêng và nếu có khai thêm như vậy thì đề nghị đánh dấu vào ☐.

PHẦN III – LỊCH SỬ BẢO HIỂM

1. Bạn hay thành viên gia đình có bảo hiểm y tế/sức khỏe đang có hiệu lực? Có ☐ Không ☐
Nếu Có, xin cho chi tiết:
(i) Tên của công ty bảo hiểm: _____
(ii) Số tiền bảo hiểm: _____ (iii) Thời hạn bảo hiểm: _____
2. Bạn đã có yêu cầu bồi thường lớn hơn 55,000,000 VNĐ đối với bất kỳ công ty bảo hiểm nào về tổn thương thân thể hay bệnh tật trong 3 năm vừa qua không? Có ☐ Không ☐
Nếu Có, xin cho chi tiết:
Tên công ty bảo hiểm Năm yêu cầu bồi thường Bản chất khiếu nại Tổng số yêu cầu bồi thường

3. Yêu cầu bảo hiểm hay hợp đồng bảo hiểm y tế/sức khỏe cho bạn hay thành viên gia đình bạn có từng bị từ chối hay được chấp nhận bảo hiểm với điều khoản đặc biệt? Nếu Có, xin cho chi tiết:
(i) Yêu cầu bảo hiểm bị từ chối? Có ☐ Không ☐
Lý do: _____
(ii) Bảo hiểm cần có điều khoản đặc biệt? Có ☐ Không ☐
Lý do: _____
(iii) Tái tục bị hủy bỏ hay bị từ chối? Có ☐ Không ☐
Lý do: _____

PHẦN IV – KHAI BÁO

CHÚNG TÔI/TÔI ĐOAN KẾT RẰNG những câu trả lời và thông tin cung cấp cho Công Ty là chính xác, đầy đủ và có thật. Chúng tôi/Tôi đồng ý rằng các câu trả lời và thông tin nêu ở đây là cơ sở của Hợp đồng bảo hiểm giữa Chúng tôi/Tôi và Công ty. Chúng tôi/Tôi đã nhận được, đã đọc và hiểu, và đồng ý với bản Quy tắc bảo hiểm HealthCare của Công ty đang áp dụng bao gồm cả các điều khoản bảo hiểm, các điểm loại trừ và các điều kiện liên quan. Chúng tôi/Tôi đồng ý cho Công Ty (i) gửi các thông tin và giới thiệu về sản phẩm và dịch vụ của Công Ty, cũng như các thông tin chăm sóc khách hàng khác, đến số điện thoại và/hoặc địa chỉ liên lạc của Chúng tôi/Tôi và (ii) gửi và lưu trữ các thông tin liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm này tại các bên thứ ba làm dịch vụ xử lý, lưu trữ và/hoặc sao lưu dữ liệu cho Công Ty.

CHÚNG THỰC – Tôi chứng thực, tuyên bố và cam kết:

- (i) Rằng tôi đã đọc các câu hỏi trên hay các câu hỏi này đã được đọc cho tôi nghe và tôi hiểu biết chúng,
(ii) Rằng các câu trả lời của tôi là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
(iii) Rằng tôi (chúng tôi) hiện có sức khỏe tốt, trừ các tình trạng sức khỏe và thông tin khác đã kê khai trong giấy yêu cầu bảo hiểm này, chưa có chẩn đoán, điều trị, và không có bệnh/tình trạng có sẵn mà tôi (chúng tôi) thấy trước có thể cần điều trị trong tương lai hay tôi (chúng tôi) có dự định yêu cầu bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm này.

CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA - Tôi (chúng tôi) cho phép các bác sĩ, nhân viên y tế của bệnh viện, phòng khám, phòng phục hồi sức khỏe, các cơ sở liên quan đến sức khỏe, nhà thuốc, cơ quan nhà nước, cơ quan bảo hiểm, chủ hợp đồng bảo hiểm của nhóm, nhà quản trị nhân viên hay quyền lợi có thông tin về chăm sóc y tế, tư vấn, điều trị, chẩn đoán của tôi (chúng tôi) về tình trạng cơ thể hay tâm thần, tình trạng tài chính và tình trạng công ăn việc làm để cung cấp thông tin cho Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty.

Chữ ký
Tên Người làm đơn
Ngày

Trách nhiệm của Công ty sẽ không phát sinh cho đến khi Giấy yêu cầu bảo hiểm này được Công ty chấp thuận.

Trung gian bảo hiểm: _____ Mã số: _____
Điện thoại số: _____ Fax số: _____ Email: _____

SỬ DỤNG CHO CÔNG TY BẢO HIỂM (Nhận xét của Phòng Nghiệp vụ và/hoặc Bác sĩ):

Please write or tick ☐ where applicable

New Application ☐

Change ☐

Renewal ☐

PART I – PERSONAL INFORMATION

Policy Holder Full Name: _____ (e.g Applicant)

Occupation: _____

Contact Address: _____

Telephone No.: _____ Email Address: _____

Plan Enrolled (Please specify, see (*) Guidance for selection of benefits below):

Full Name	Relationship with Policyholder	Gender M/F	Date of Birth (dd/mm/yyyy)	ID No./ Passport No.	Usual Country of Residence	Home Country	Height/ Weight	Plan Enrolled (Please specify, see (*) below)
	P/H						/	
	Spouse						/	
	Child						/	
	Child						/	

Occupation of Spouse (if any): _____

Dependants' cover must be the same plan as the Applicant. For dependant children aged 18 to 23, please indicate the name and address of the college or university and number of hours enrolled, supporting document may be required.

(*) PLAN ENROLLED

Basic Cover

H1 - Hospital Plan H1 – Classic
H2 - Hospital Plan H2 – Executive
H3 - Hospital Plan H3 – Premier
H4 - Hospital Plan H3 – Premier + Maternity

Optional Cover

O1 - Outpatient
O2 - Outpatient + Dental Benefit
O3 - Outpatient with Deductible (*)
O4 - Outpatient with Deductible (*) + Dental Benefit

Territorial Scope

Zone 1: Worldwide subject to VND44,000,000 deductible for any Disability in USA and Canada
Zone 2: Vietnam, China, Thailand, Singapore, Taiwan, South Korea, Japan, Malaysia, Indonesia and Philippines
Zone 3: Worldwide
Zone 4: Worldwide excluding USA and Canada

(*) Standard Outpatient deductible is VND550,000 per visit

(**) The Company shall not provide cover and shall not be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Company to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United State of America, including Myanmar, Iran, North Korea, Sudan, Syria, Lybia and Cuba.

Guidance for selection of benefits: H4, O2, Z3 means: You select Hospital Plan H3-Premier + Maternity; Outpatient + Dental Benefit; Worldwide cover.

Requested Effective Date: From: _____ To: _____

Annual Premium: _____

Mode of Payment

☐ Cash ☐ Cheque ☐ Bank Transfer

Loading: _____
Discount: _____
Total: _____

Please note bank charges for remittance will be borne by remitter, please fax or email the bank remittance advice or instruction for reference.

PART II (A) – MEDICAL QUESTIONNAIRE

The questions below must be answered for the applicant and every family member included on the Application. For any question that has been answered "✓ YES" please provide complete details of the medical condition at issue in the text box below this section of the form including the name, address and telephone number of all attending physicians, diagnosis, all treatment dates, types of treatment, prognosis, and present course of treatment. Liberty Insurance Ltd. Reserves the right to request additional medical information.

Please answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes.	Policyholder		Name		Name		Name	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. Are you or any other applicant currently disabled, pregnant, or unable to perform normal activities?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Have you or any other applicant ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC), Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV) or any other Immune System Disorder?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. During the last three years, have you or any applicants been diagnosed of any medical condition or received treatment or have been seeking advice or has been advised to have investigation test, treatment or surgery or do you anticipate testing for any of the following:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a. I, cardiac, cardiovascular or circulatory condition?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Blood Vessels, Arteries, Blood Pressure or Anaemia?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Migraines, Chronic Headache, Epilepsy or Stroke?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Diabetes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Cancer, Tumour, Cyst, Polyp, Lump or Abnormal Growth of any kind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Liver, Stomach, Gall Bladder, Colon, Intestines or Hepatitis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Kidney, Prostate, Urinary System?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Lung, Respiratory System, Asthma or Deviated Nasal Septum?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Mental, Nervous, Depress, Anxiety or Neurological? Drug abuse or alcoholism?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Bone or Skeletal, including any disorder of Knee, Hip or Back?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Reproductive systems, including Maternity?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Any other illness, injury, impairment or condition of any kind not stated above?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Address and Telephone of usual doctor.

PART II (B) – MEDICAL QUESTIONNAIRE

This part applies if you have indicated any "Yes" replies in Part II (A). Please disclose all medical conditions (or undiagnosed symptoms) to which these replies are intended to apply. Use column 3 to list them separately and give the further detailed information required by Column 4 to 6.

1. Name	2. Relevant Box No.	3. Medical Conditions	4. Treatment and Conditions received (with date)	5. Need for further treatment or consultation	6. Present state of Health

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate that you have done so by ticking this box. ☐

PART III - INSURANCE HISTORY

1. Do you or any family member have any other medical/healthcare insurance in force? Yes ☐ No ☐
If Yes, please give details:
(i) Name of Insurer: _____
(ii) Sum Insured: _____ (iii) Insurance Period: _____
2. Have you ever made a major claim exceeding VND55,000,000 against any insurer in respect of bodily injury or sickness during the last 3 years? Yes ☐ No ☐
If Yes, please give details:
- | Name of Insurer | Year of Claim | Nature of Claim | Claim Amount |
|-----------------|---------------|-----------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
3. Have medical/health insurance application or policy for you or any family member ever been declined or accepted with special terms? If Yes, please give details:
- (i) Application declined? Yes ☐ No ☐
Reason: _____
- (ii) Special terms to insure required? Yes ☐ No ☐
Reason: _____
- (iii) Renewal cancelled or refused? Yes ☐ No ☐
Reason: _____

PART IV. DECLARATION

WE/I DO HEREBY REPRESENT AND WARRANT that the answers/information given above in every respect are true, complete and correct. We/I agree that the answers/information provided above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and ourselves/myself. We/I have received, read, understand and agree to the Company's applicable HealthCare Insurance policy wording, including but not limitation to, coverage terms, exclusions and conditions expressed therein. We/I hereby agree that the Company can (i) send information on its products and services as well as other customer services' information, to our phone numbers and/or email/mail addresses and (ii) provide all information relating to any third party vendors that provide data processing, back-up and/or storage services to the Company.

CERTIFICATION I hereby certify, represent and warrant:

- (i) that I have read the above questions or they have been read to me, and I understand them,
(ii) that my responses to the questions are true, accurate and complete in all respects,
(iii) that I am (we are) currently in good health and, except for the conditions and other information disclosed herein, have not been diagnosed with, treated for, and do not suffer from any pre-existing condition which I (we) foresee may require treatment in the future or for which I (we) intend to claim under this insurance.

MEDICAL RELEASE I (we) authorize any doctor, practitioner of the healing arts, hospital, clinic, health related facility, pharmacy, government agency, insurance agency, insurance company, group policyholder, employee or benefit plan administrator having information as to my (our) care, advice, treatment, diagnosis or prognosis of any physical or mental condition, or financial and employment status, to provide such information to Liberty Insurance Ltd.

Signature
Name of Applicant:
Date:

The liability of the Company does not commence until this Application has been accepted by the Company.

Intermediary: _____ Account No.: _____
Tel No.: _____ Fax No.: _____ Email: _____

FOR OFFICE USE ONLY (Underwriting and/or Doctor's Comments):
