

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM - BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN MUTUAL CARE MUTUAL CARE COMPREHENSIVE HEALTHCARE INSURANCE - APPLICATION FORM

Tham gia lần đầu/*New application* Tái tục cho hợp đồng số/*Renewal*.....

PHẦN I. THÔNG TIN VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM (PART I. POLICYHOLDER INFORMATION)

Doanh nghiệp (Điền vào nếu Bên mua bảo hiểm là Doanh nghiệp)	Cá nhân (Điền vào nếu Bên mua bảo hiểm là Cá nhân)
Tên Công ty/ <i>Name of enterprise:</i> Tax Code/ <i>Mã số thuế:</i> Địa chỉ liên hệ/ <i>Contact address:</i>	Họ và tên/ <i>Full Name:</i> Giới tính/ <i>Gender:</i> Ngày sinh/ <i>D.O.B:</i> CMND/ <i>Identity No:</i> Địa chỉ liên hệ/ <i>Contact address:</i> Số di động/ <i>Mobile:</i> Thư điện tử/ <i>Email:</i>

PHẦN II. DANH SÁCH NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (PART II. LIST OF INSURED PERSONS)

STT No.	Họ tên Full Name	Số hộ chiếu/CMND PP/ID No.	Quốc tịch Nationality	Giới tính Gender	Ngày sinh DOB	Nghề nghiệp Job	Tình trạng hôn nhân Status of Marriage	Mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm Relationship with Policy holder	Địa chỉ liên hệ Contact address

PHẦN III. BẢNG CÂU HỎI THÔNG TIN VỀ SỨC KHOẺ (PART III. MEDICAL QUESTIONNAIRE)

Câu hỏi/ <i>Questions</i>	Trả lời/ <i>Answer</i>
1. Có người được bảo hiểm nào trong danh sách đang bị thương tật, ốm, hay không có khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt thông thường không? <i>Are there any insured persons in insured list currently disabled, ill, or unable to perform normal daily activities?</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
2. Có người được bảo hiểm nào trong danh sách đang trải qua quá trình điều trị tại Bệnh viện hoặc bất cứ điều trị y tế nào không? <i>Are there any insured persons in insured list currently undergoing in-hospital or under any medical treatment?</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
3. Có người được bảo hiểm nào trong danh sách đã bao giờ được chẩn đoán là có vấn đề về sức khỏe hoặc đã từng được điều trị hay được tư vấn thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán, điều trị, hay phẫu thuật liên quan đến các vấn đề dưới đây <i>Are there any insured persons in insured list have ever been diagnosed of any medical conditions or received treatment or advised to have investigation test, treatment, or surgery for any of the following during the last 02 years</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
a. Ung thư, u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, lao, đục thủy tinh thể, viêm xoang, tiểu đường <i>Cancer, tumor of all types, blood pressure, cardiac or cardiovascular diseases, stomach ulcer, chronic inflame or born joints, intestine ulcer, liver inflammation, inflammation of inside uterus, hemorrhoids, different kinds of stones in the urinary and biliary systems, tuberculosis, cataract, sinusitis, and diabetes?</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
b. Hệ tuần hoàn, mạch máu, động mạch, thiếu máu. <i>Circular condition, Blood Vessels, Arteries, Blood pressure, Anemia.</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
c. Đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, động kinh, đột quỵ <i>Migraines, Chronic headache, Epilepsi, Stroke</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
d. Thận, tuyến tiền liệt, hệ tiết niệu, tiểu đường <i>Kidney, Prostate, Urinary System, Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
e. Bao hoạt dịch, polip, caxinom, hay bất cứ khối nào phát triển bất thường? <i>Cyst, Polyp, Lump, Carcinoma or Abnormal growth of any kind?</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
f. Gan, dạ dày, túi mật, ruột kết, loét ruột, viêm gan <i>Liver, Stomach, Gall Bladder, Colon, Intestine ulcers, Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
g. Xương và hệ cơ xương, bao gồm các vấn đề về đầu gối, hông hoặc lưng, Thoát vị đĩa đệm, Thoái hóa khớp gối, Viêm đa khớp mãn tính, Đứt gân hoặc dây chằng <i>Bone or Skeletal, including any Disorder of knee, hip, or back, Spinal disk herniation, Spinal degeneration, Choronic inflame of born joints, Osteoarthritis and tendon break</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
h. Trầm cảm, stress, lo lắng, Nghiện thuốc hoặc rượu, Thiếu cân hoặc thừa cân <i>Depress, Stress, Anxiety, Drug abuse or alcoholism, Underweight or overweight</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
i. Lao các loại, Parkinson, Alzheimer, Lupus ban đỏ, HIV, AIDS <i>Tuberculosis of any kinds, Parkinson, Alzheimer, Lupus rash, HIV, AIDS</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
4. Nếu người được bảo hiểm là trẻ em, em ấy có bị hội chứng DOWN hay hội chứng tâm lý như tự kỷ, tăng động giảm chú ý? (Nếu không có Người được bảo hiểm là trẻ em trong đơn bảo hiểm này, vui lòng bỏ qua câu hỏi này) <i>Should the Insured Persons be a child under 16 years of age, does s/he suffer DOWN syndrome or some mental problems such as ASD, ADHD? (if there are no children insured under this policy, kindly skip this question)</i>	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
5. Có bất cứ bệnh, thương tật, khiếm khuyết bẩm sinh hay bất cứ tình trạng nào chưa được đề cập trên đây? (Any other illness, injury, impairment or condition of any kind not stated above?)	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>
6. Có ai trong danh sách Người được bảo hiểm đã từng tham gia bảo hiểm sức khỏe chưa?	<input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i>



Are there any insured persons in insured list have any medical/ healthcare insurance contracts previously or currently?	<input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No
7. Trong vòng 02 năm qua, có người được bảo hiểm nào trong danh sách đã từng phẫu thuật/điều trị với chi phí nhiều hơn 50,000,000 VND chưa? <i>During the last 02 years, are there any insured persons in insured list had surgeries or treatment exceeding VND 50,000,000? If Yes, please give details</i>	<input type="checkbox"/> Có/Yes <input type="checkbox"/> Không/No Chi tiết/Details:
8. Có người được bảo hiểm nào trong danh sách có tham gia các môn thể thao: Lặn, nhảy dù, thám dò, võ thuật, vật , đua ngựa, đua xe, vận hành máy bay tư nhân, khinh khí cầu, trượt tuyết, lướt sóng, leo núi, nhào lộn, v.v... <i>Are there any insured persons in insured list participating in the following sports: Diving, skydiving, expoloration, martial arts, Sumo, horse racing, race car, operation of private airplane, hot air baloon, ski, surfing, climbing, acrobat etc.</i>	<input type="checkbox"/> Có/Yes Tên NDBH/Name of Insured Person: <input type="checkbox"/> Không/No

PART IV. LOSS RECORD (PHẦN IV. THÔNG TIN VỀ LỊCH SỬ ĐIỀU TRỊ)

For any above question that has been ticked as "Yes ", please provide complete details of the medical issues in the textbox below
(Nếu có câu trả lời là "Có" trong các câu hỏi trên, vui lòng cung cấp chi tiết về vấn đề sức khỏe của bạn dưới đây)

Insured Person (Người được bảo hiểm)	Disease/Injury (Bệnh/Thương tật)	Incurred date (Ngày phát sinh)	Treatment date (Ngày điều trị)	Treatment and condition received (Phương thức và tình hình điều trị)	Payment amount (Số tiền điều trị)	Present health state (Tình hình sức khoẻ hiện tại)

PART V. THÔNG TIN VỀ YÊU CẦU BẢO HIỂM

Thời hạn bảo hiểm mong muốn/Desired Insurance Period:

Từ/From/...../.....

Đến/To:/...../.....

Chương trình/Program: (theo bảng quyền lợi đính kèm)

MC1 MC2 MC3 MC4

(Điều kiện được bảo hiểm: Từ đủ 1 tuổi cho đến 65 tuổi; Từ đủ 66 đến 70 tuổi: Chỉ được FUBON xem xét chấp nhận bảo hiểm đối với các HĐBH tái tục và tuân theo điều khoản, điều kiện của HĐBH tái tục)

PART VI. DECLARATION (PHẦN VI. CAM KẾT)

Tôi/chúng tôi đồng ý rằng:

I/we hereby agreed that:

- (i) Tôi/chúng tôi hiện đang có sức khỏe tốt, ngoại trừ các tình trạng và thông tin sức khỏe đã kê khai
I am (we are) currently in good health and, except for the conditions and other information disclosed herein
- (ii) Tôi/chúng tôi đồng ý rằng, nếu tôi/chúng tôi không kê khai đầy đủ thông tin theo quy định, trong trường hợp có yêu cầu bồi thường phát sinh theo hợp đồng này mà FUBON đánh giá đây là bệnh có sẵn, FUBON có quyền từ chối hồ sơ yêu cầu bồi thường của Người được bảo hiểm theo danh sách
I/We accept, if I/We do not provide information above required, in the event of a claim being made under this plan, which is deemed as being treatment for a pre-existing medical or related medical conditions by FUBON, such claim will be rejected against the Insured Persons in the list
- (iii) Trong trường hợp FUBON đồng ý cấp đơn bảo hiểm chính thức, tôi/chúng tôi sẽ phản hồi về các điều kiện, điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm đã cấp trong vòng 15 ngày kể từ ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm đó. Nếu không có phản hồi trong thời hạn trên, chúng tôi chấp nhận hoàn toàn với Hợp đồng bảo hiểm đã cấp của FUBON.
In case FUBON agrees to issue official policy, I/we will feedback on terms and conditions of issued policy within 15 days from effective date of this insurance period. If there is no feedback within this period, we absolutely agree with FUBON's issued policy

Vui lòng xác nhận bằng cách ký và ghi rõ họ tên dưới đây:

Please confirm by sign below

Ngày/ Date:/...../.....