

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM
BẢO HIỂM DU LỊCH FLEXI

Công ty Bảo Việt: _____

Giấy yêu cầu bảo hiểm (GYCBH) này là một bộ phận cấu thành không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, vui lòng đọc kỹ các yêu cầu dưới đây và điền đầy đủ thông tin. Xin lưu ý, việc Quý khách ký vào GYCBH là bằng chứng xác nhận việc Quý khách đã hiểu rõ và đồng ý với tất cả các nội dung được quy định trong GYCBH và bộ tài liệu sản phẩm.

1. THÔNG TIN BÊN MUA/NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (BMBH)

Tên người yêu cầu bảo hiểm: _____

Địa chỉ: _____

Số hộ chiếu/CCCD: _____ Email: _____ Ngày sinh: _____

2. THỜI HẠN BẢO HIỂM:

Từ ____/____/____ đến ____/____/____ Số ngày (Tối đa 180 ngày): _____

3. THAM GIA BẢO HIỂM THEO GÓI:

☐ Cá nhân☐ Gia đình☐ Đoàn

4. NƠI ĐẾN:

☐ VÙNG 1
(Việt Nam)☐ VÙNG 2
(ASEAN)☐ VÙNG 3
(Châu Á - Thái Bình Dương)☐ VÙNG 4
(Toàn thế giới, trừ Việt Nam)

5. CHƯƠNG TRÌNH LỰA CHỌN:

☐ ĐỒNG☐ BẠC☐ VÀNG☐ KIM CƯƠNG

6. THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM:

Họ và tên	CCCD/CMND/Hộ chiếu	Ngày sinh	Quan hệ với người yêu cầu bảo hiểm (*)

7. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE:

1	Có NDBH nào liệt kê ở trên đang được theo dõi hoặc điều trị thương tật, bệnh hoặc có triệu chứng sức khỏe không ổn định không?	☐ Có ☐ Không
2	Có bất kỳ NDBH nào liệt kê ở trên đã mắc và/hoặc đang điều trị một hay nhiều các chứng bệnh sau: viêm hệ thần kinh trung ương (não); Parkinson; thoái hóa khác của hệ thần kinh; mất trí nhớ, hôn mê, bại não, bại liệt; đái tháo đường; suy phổi, tràn khí/dịch phổi, suy hô hấp mãn tính; bệnh mạch máu não, đột quỵ; suy tim, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật tim; viêm gan, xơ gan; suy thận, teo thận, sỏi thận, chạy thận nhân tạo; viêm tụy; ghép tụy; Lupus ban đỏ; lao các loại; phong; u bướu các loại; ung thư các loại; suy tủy; bạch cầu; các bệnh lây qua đường tình dục; hội chứng suy giảm miễn dịch; bệnh mãn tính; bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, dị dạng về gen, khuyết tật cơ thể, down, bệnh huyết áp, bệnh tim mạch?	☐ Có ☐ Không

Nếu bất kỳ câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, yêu cầu nêu chi tiết:

Họ và tên NDBH	Mô tả chi tiết bệnh, thời gian điều trị, cơ sở điều trị, tình trạng hiện tại

CAM KẾT

- Tôi và tất cả những người được bảo hiểm liệt kê ở trên cam đoan rằng hiện tại tôi/chúng tôi hoàn toàn khỏe mạnh cả về thể chất và tinh thần, đủ điều kiện sức khỏe tham gia chuyến đi.
- Tôi và tất cả những người được bảo hiểm liệt kê ở trên cam đoan rằng chuyến đi được bảo hiểm của tôi/chúng tôi được khởi hành trong thời hạn bảo hiểm, từ phạm vi lãnh thổ Việt Nam và chuyến đi không phải với mục đích điều trị thương tật/bệnh tật hoặc chăm sóc sức khỏe và không trái với lời khuyên của bác sĩ.
- Tôi/chúng tôi xác nhận rằng các thông tin nêu trên là đầy đủ và xác thực theo sự hiểu biết cao nhất của tôi/chúng tôi và sẽ thông báo ngay cho Bảo Việt về bất kỳ sự thay đổi nào có liên quan. Tôi/chúng tôi xác nhận đã nhận được bộ tài liệu sản phẩm (bao gồm: Quy tắc bảo hiểm, bảng quyền lợi bảo hiểm), được tư vấn đầy đủ và đã hiểu các nội dung tại GYCBH, bộ tài liệu sản phẩm. Tôi/Chúng tôi chấp nhận các điều kiện, điều khoản quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và đồng ý rằng GYCBH này cùng với việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm sẽ là cơ sở cho Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm giữa tôi/chúng tôi và Bảo Việt.



4. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng, trường hợp tôi/chúng tôi không thực hiện trách nhiệm khai báo trung thực và đầy đủ mọi thông tin, Bảo Việt có toàn quyền giám trách nhiệm toàn bộ hoặc một phần đối với khiếu nại bồi thường của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Nếu việc không khai báo nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm, Bảo Việt có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực.
5. Tôi/chúng tôi đồng ý với các Điều khoản và Điều kiện chung của Bảo Việt về Bảo vệ và Xử lý Dữ liệu Cá nhân quy định tại website của Bảo Việt (<https://www.baoviet.com.vn/insurance>), và cho phép Bảo Việt và/hoặc người đại diện của Bảo Việt được quyền: thu thập, xử lý và lưu trữ Dữ liệu cá nhân để thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm và những công việc có liên quan khác theo quy định của pháp luật; thay mặt Người được bảo hiểm tiếp cận với bên thứ ba bao gồm nhưng không giới hạn ở các nhân viên y tế, bác sỹ để thu thập các thông tin cần thiết trong việc đánh giá tình trạng của Người được bảo hiểm.

_____, Ngày ____ tháng ____ năm ____

Người yêu cầu bảo hiểm (ký và ghi rõ họ tên)	Người được bảo hiểm (ký và ghi rõ họ tên theo thứ tự)	
	1	
	2	
	3	