

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM

Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Phúc an sinh

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (NYCBH)

Họ và tên:	Số CMND/Hộ chiếu:	
Ngày tháng năm sinh:	Giới tính:	
Địa chỉ nhận thư:		
Địa chỉ thường trú:		
Điện thoại nhà:	Di động:	Email:

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)

Họ và tên:	Số CMND/Hộ chiếu:
Ngày tháng năm sinh:	Nghề nghiệp:
Mối quan hệ với Người yêu cầu bảo hiểm:	

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM (Đánh dấu (x) vào lựa chọn và chương trình tương ứng)

QUYỀN LỢI CƠ BẢN

Lựa chọn	Chương trình I: Bảo hiểm tai nạn cá nhân	Chương trình II: Bảo hiểm nằm viện và phẫu thuật
Lựa chọn 1		
Lựa chọn 2		
Lựa chọn 3		

QUYỀN LỢI BỔ SUNG

Lựa chọn	Lựa chọn 01 hoặc nhiều quyền lợi bổ sung			
	1. Điều trị ngoại trú	2. Chăm sóc răng	3. Thai sản và sinh đẻ	4. Tử vong, thương tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật
Lựa chọn 1				
Lựa chọn 2				
Lựa chọn 3				

THỜI HẠN BẢO HIỂM: Từ ngày:

KÊ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ

Trong 05 năm qua, Người được Bảo hiểm và/hoặc các thành viên trong gia đình Người được Bảo hiểm từng bị hoặc được điều trị các bệnh sau:
Bệnh lao, tiểu đường, bệnh gan, phổi, bệnh tim mạch, đột quỵ, giãn tĩnh mạch, huyết áp, mật, thận, tụy, hoặc bệnh hoa liễu, ung thư hoặc u bướu, rối loạn hooc môn sinh trưởng, parkison, chứng động kinh, tâm thần, tủy xương, các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu, bệnh vàng da, viêm dạ dày, viêm xoang, bệnh trĩ, tuyến tiền liệt, tuyến giáp, eczema, u nang, bệnh hen, mỡ máu, rối loạn tuần hoàn, rối loạn đường ruột, xương, khớp cơ, tê liệt, thoát vị đĩa đệm?

Tư vấn viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày:
Người yêu cầu bảo hiểm
(Ký, ghi rõ họ tên)