

* Đơn đăng ký này dành cho Bảo Hiểm Sức Khỏe Medical Care và Bảo Hiểm An Toàn Cá Nhân/ This proposal form applies for Medical Care Insurance and Personal Safety Insurance.

Thông tin về Người Yêu Cầu Bảo Hiểm / Information of the Proposer

Họ tên/ Full name _____ Số CMND/ Hộ Chiếu/ ID/ Passport No. _____
Ngày tháng năm sinh/ Date of birth _____ Giới tính/ Gender _____
Địa chỉ nhận thu/ Postal Address _____
Địa chỉ thường trú/ Permanent Address _____
Điện thoại nhà/ Tel _____ Di động/ Mobile _____ Email _____

Thông tin về Người Được Bảo Hiểm (NĐBH) / Information of the Insured

STT/ No.	Họ tên NĐBH/ Full name of the Insured	Số CMND/ Hộ chiếu ID/ Passport No.	Ngày tháng năm sinh/ Date of birth	Giới tính/ Gender	Nghề nghiệp/ Occupation	Mối quan hệ với Người Yêu Cầu BH/ Relationship with the Proposer

Chương trình Bảo hiểm lựa chọn / Insurance Plan

Quyền lợi cơ bản/ Basic cover

(Lựa chọn 1 chương trình duy nhất cho cả gia đình/ Please tick only 1 insurance plan for your entire family)

CLASSIC (CƠ BẢN) PREFERRED (MỞ RỘNG) EXECUTIVE (NÂNG CAO) DELUXE (TOÀN DIỆN)

Quyền lợi mở rộng/ Territory limit extension

Châu Á/ Asia Thế giới/ Worldwide

Quyền lợi bổ sung/ Additional cover

(Cùng chương trình với quyền lợi cơ bản/ following the plan of the basic cover)

Họ tên NĐBH/ Insured's name	Lựa chọn 01 hoặc nhiều quyền lợi bổ sung/ Tick on 01 or some additional covers					An Toàn Cá Nhân/ Personal Safety Insurance	
	1. Trợ cấp mất giảm thu nhập/ Loss of income compensation	2. Điều trị ngoại trú/ Outpatient treatment	3. Chăm sóc răng/ Dental treatment	4. Thai sản sinh đẻ/ Maternity	5. Vận chuyển y tế cấp cứu/ Emergency medical evacuation	Nhóm A / Plan A	Nhóm B / Plan B
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thời hạn bảo hiểm/ Period of insurance: Từ/ From _____ Đến/ To _____

Kê khai tình trạng sức khỏe / Health statement

1. Bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc bệnh bẩm sinh, khuyết tật hay thương tật nào không? Have you or any of your family members suffered any congenital, pre-existing condition, acquired physical defect or impairment?	<input type="checkbox"/> Có/ Yes <input type="checkbox"/> Không/ No
2. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình phải điều trị, nằm viện, hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác? Hoặc ở trong tình trạng cần phải điều trị trong bệnh viện trong vòng 12 tháng tới? In the last 05 years, have you or any of your family members had any surgical operation, been confirmed or treated in hospital, sanatorium, other institution or other medical institution? Or will you or any of your family members require any hospital treatment in the next 12 months?	<input type="checkbox"/> Có/ Yes <input type="checkbox"/> Không/ No
3. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn mắc hoặc điều trị một hay nhiều trong các chứng bệnh sau: bệnh lao, tiểu đường, thấp khớp, viêm gan, rối loạn chức năng hô hấp, phổi, bệnh tim, giãn tĩnh mạch, rối loạn đường ruột, bệnh gan, mắt, thần, hệ thống sinh dục tiết niệu hoặc các bệnh lây qua đường tình dục, ung thư hoặc u bướu, chứng thần kinh, tâm thần, xương, tủy, khớp, dây chằng, cơ, da chứng thoát vị hoặc bệnh phụ khoa? In the last 05 years, have you or any of your family members ever suffered from or been treated for tuberculosis, diabetes mellitus, rheumatic fever, hepatitis, respiratory or lung disorder, heart condition, varicose veins, high blood pressure, disorder of the alimentary canal bowel, liver or gall bladder, kidney, genito-urinary system or venereal disease, cancer or tumors, epilepsy, mental or psychiatric disorders, bone, joint, ligament, muscle, skin, hernia or gynaecological disorders?	<input type="checkbox"/> Có/ Yes <input type="checkbox"/> Không/ No
4. Bạn đã bao giờ bị một công ty bảo hiểm từ chối bảo hiểm hoặc từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự? Have you ever been declined, rejected or refused to renew by any insurance company for any medical related insurance?	<input type="checkbox"/> Có/ Yes <input type="checkbox"/> Không/ No

Nếu câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, xin hãy nêu chi tiết/ If the answer to any of the above questions is YES, please provide details:

Tên và địa chỉ liên hệ của bác sĩ riêng (nếu có)/ Name and contact details of the Family-attending doctor (if any)

Người thụ hưởng bảo hiểm cho bảo hiểm An toàn cá nhân / Beneficiary for PSI

Tên/Name _____ Số CMND/Identity Card _____

Địa chỉ/Address _____

Quan hệ với NDBH/Relationship with Insured _____

Lệnh thanh toán tự động dựa vào ngày chuyển / Standing Instruction (Transfer of Funds) Based on Date

Tôi đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tự động tái tục hàng năm với thời hạn là 01 (một) năm nếu tôi không có bất kỳ thông báo bằng văn bản nào gửi đến HSBC về yêu cầu chấm dứt việc tái tục hợp đồng bảo hiểm và hủy lệnh thanh toán tự động trước ít nhất 01 (một) ngày làm việc tính từ ngày lệnh thanh toán tự động thực thi. Đồng thời, tôi theo đây đồng ý ủy quyền cho HSBC được tự động trích tài khoản của tôi tại HSBC để thanh toán phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm được tái tục. I agree that this insurance policy will be automatically renewed on an annual basis with a term of 01 (one) year if I have no written notification to HSBC regarding request for termination of the renewal of the insurance policy and cancellation of the standing instruction at least 01 (one) working day prior to the execution date of the standing instruction. Concurrently, I hereby agree that HSBC is authorized to debit my account at HSBC for the payment of insurance premium of the renewed insurance policy.

1. Tài khoản chính (để chuyển tiền) / Primary Account Number (to be debited) _____	2. Tên chủ tài khoản / Account Name _____
3. Ngày hiệu lực (Ngày hiệu lực phải trước ít nhất 03 ngày làm việc tính từ ngày đến hạn thanh toán phí bảo hiểm tiếp theo) / Effective date (Effective date should be at least 3 working days before the due date of next payment of insurance premium) _____	4. Định kỳ / Frequency: Hàng năm / Yearly
5. Ngày hết hiệu lực hoặc Tổng số lần thanh toán / Expiry date or Total number of transaction _____	
6. Chuyển khoản số tiền cố định là (vui lòng ghi rõ Đơn vị và số tiền thanh toán) / Transfer a fixed sum of (please specify Currency & Amount) _____ Đơn vị / Payment Currency _____	
7. Tên và địa chỉ của Ngân hàng của Người thụ hưởng / Name & Address of Beneficiary's Bank: _____	
8. Số tài khoản của Người thụ hưởng / Beneficiary's Account Number: _____	9. Tên Người thụ hưởng / Beneficiary's Name: _____
10. Nội dung thanh toán / Payment Narrative [Tên khách hàng]-[Tên sản phẩm]-[Số hợp đồng] (nếu có)-[Tên Nhân viên] / [Customer Name]-[Product Name]-[Policy Number] (if applicable)-[Sales Name] Dành cho tài khoản chính: _____ Dành cho Người thụ hưởng: _____	

* Tuyên bố / Declarations

- Tôi/ Chúng tôi khẳng định rằng nếu Lệnh thanh toán tự động này không thực hiện được do không đủ số dư trong tài khoản, Ngân hàng có quyền hủy Lệnh thanh toán tự động này mà không cần thông báo cho tôi/ chúng tôi. / I/ We understand that if there are insufficient funds in my/our account on three consecutive occasions, the Bank may cancel this instruction without prior advice to me/us.
- Tôi/ Chúng tôi hiểu rằng Ngân hàng sẽ không chịu trách nhiệm cho bất cứ sự chậm trễ hoặc thất lạc có thể xảy ra trong quá trình chuyển, truyền dữ liệu và/ hoặc chuyển/ nhận các khoản tiền. Tôi/ Chúng tôi cũng đồng ý bồi miễn mọi trách nhiệm của Ngân hàng đối với bất cứ sự thiệt hại, kiện tụng, tranh chấp, đòi bồi thường liên quan đến sự chậm trễ hoặc thất lạc nói trên. / I/ We understand that the Bank accepts no responsibility for any loss or delay which may occur in the transfer, transmission of data and/or transfer/receipt of funds. I/ We agree to indemnify the Bank against any damage, actions, proceedings, claims or demands that may arise in connection with such loss or delay.

Cam kết của Người yêu cầu bảo hiểm / Undertakings by Proposer

- Tôi cam đoan rằng hiện tại tôi hoàn toàn khỏe mạnh, không bị bệnh thần kinh, tâm thần, không trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật hoặc bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên. / I warrant that I am being completely healthy, suffering from no schizophrenic diseases or not under any special treatment or suffering from any permanent disablement of more than 50%.
- 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. Tôi đồng ý rằng Đơn đăng ký bảo hiểm này cùng với việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm sẽ làm cơ sở cho Hợp đồng bảo hiểm giữa tôi/chúng tôi và Bảo Việt và chấp nhận các điều kiện bảo hiểm quy định tại hợp đồng bảo hiểm. Tôi thừa nhận rằng, trong trường hợp có bất kỳ sai sót, không đúng sự thật nào trong Đơn đăng ký bảo hiểm này có thể làm mất hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/ I hereby certify the above statements are complete and true to the best of my/our knowledge. I agree that this proposal and my premium payment shall form the basis of the contract between myself/ourselves and Baoviet and accept the insurance as set out in the Insured's Policy. I affirm any mistake or unfaithfulness can invalidate this contract.

Người yêu cầu bảo hiểm ký và ghi rõ họ tên
Name & Signature of Proposer

Ngày / Date

Tên nhân viên / Staff name _____

Chi nhánh / Branch or TO name _____

Lưu ý: Thông tin trong Đơn đăng ký chỉ mang tính tóm tắt, để biết thêm điều kiện và điều khoản chi tiết xin vui lòng tham khảo hợp đồng bảo hiểm.

Note: This proposal form is intended as a general summary. Please refer to the policy itself for exact terms and conditions.