



ĐƠN ĐĂNG KÝ BẢO HIỂM INSURANCE PROPOSAL FORM

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

Thông tin về Người Yêu Cầu Bảo Hiểm/ About 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/ Postal address _____
Điện thoại nhà/ Tel _____ Di động/ Mobile _____ Email _____

Thông tin về Người Được Bảo Hiểm (NDBH)/ About the Insured

STT/ No.	Họ tên NDBH/ 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 bổ sung/ Additional cover

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

Họ tên NDBH/ Insured's name	Lựa chọn 01 hoặc nhiều quyền lợi bổ sung/ Tick on 01 or some additional covers					An Toàn Cả Nhà/ 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, mật, thận, 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 NĐBH/Relationship with Insured _____

Phương thức thanh toán/ Payment method

- Tiền mặt/ Cash
- Trừ tiền từ tài khoản của Người đăng ký bảo hiểm số/ Deduct the premium fee from the Proposer's Account No.

Nộp tiền vào tài khoản của Bảo Việt số/ Credit to BaoViet's Account No.

Tại Hà Nội/ In Hanoi: Người thụ hưởng/ Beneficiary account: TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT/TONG CONG TY BAO HIEM BAO VIET.

Số tài khoản/ Account No.: (VND) 002-091346-041

Tại Tp. HCM/ In HCM: Người thụ hưởng/ Beneficiary account: TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT - CÔNG TY BẢO VIỆT SÀI GÒN/TONG CONG TY BAO HIEM BAO VIET - CONG TY BAO VIET SAI GON

Số tài khoản/ Account No.: (VND) 002-091346-042

- Tôi đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tự động tái tục hàng năm với thời hạn là 1 năm khi (i) hết thời hạn bảo hiểm và (ii) tôi không có thông báo đến Đường dây nóng 24/24 của HSBC: (84 8) 37 247 247 về việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong vòng 5 ngày làm việc trước ngày thời hạn bảo hiểm hết hạn. Tôi cũng đồng ý thêm rằng phí bảo hiểm sẽ được tự động trừ vào tài khoản của tôi tại HSBC.

I agree that this insurance policy will be automatically renewed on an annual basis with a term of 1 year upon (i) the expiry of insurance protection period and (ii) I have no notification of termination of insurance policy to HSBC Hotline 24/7: (84 8) 37 247 247 within 5 working days prior to expiry date. I will further agree that the premium will be automatically deducted from my account at HSBC.

Cam kết/ Declaration

1. 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%.

2. 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

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.

FOR HSBC'S USE

Do you notice any relevant underwriting information that is not included above? If yes, please advise BaoViet the details
