

Liberty MediCare – Employee Application Form – Group Policy
Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng Nhóm

Please write or tick where applicable

Xin vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây bằng cách viết hoặc đánh dấu vào nơi tương ứng

New Application
 Hợp đồng mới

Change
 Thay đổi

Renewal
 Tái tục

Part I – PERSONAL INFORMATION/ Phần I – THÔNG TIN CÁ NHÂN

Policyholder/Company Name Chủ hợp đồng/Tên Công ty	Job title/Occupation Nghề nghiệp/Chức vụ công tác	Telephone No Điện thoại số
---	--	-------------------------------

Email Address Địa chỉ email	Contact Address Địa chỉ liên hệ
--------------------------------	------------------------------------

Personal details Thông tin cá nhân	Employee Nhân viên		Dependant 1 Người phụ thuộc 1		Dependant 2 Người phụ thuộc 2		Dependant 3 Người phụ thuộc 3	
Name Tên								
Gender Giới tính	Male Nam	Female Nữ	Male Nam	Female Nữ	Male Nam	Female Nữ	Male Nam	Female Nữ
Date of Birth Ngày sinh (dd/mm/yyyy)								
Relationship with Policyholder/ Quan hệ với chủ hợp đồng								
Occupation Nghề nghiệp								
Country of Residence Nước thường trú								
Country Quốc gia								
Height (cm) Chiều cao	Weight (kg) Cân nặng							
Passport/ID. No CMND/CCCD/Hộ chiếu								

**PLAN ENROLLED CHƯƠNG
 TRÌNH LỰA CHỌN**

Hospitalization benefit Quyền lợi nằm viện	Outpatient benefit Điều trị ngoại trú	Dental benefit Chăm sóc nha khoa	Maternity benefit Thai sản
Diamond	Outpatient 4 Ngoại trú 4		
Gold	Outpatient 3 Ngoại trú 3		
Silver	Outpatient 2 Ngoại trú 2		
Bronze	Outpatient 1 Ngoại trú 1		



Liberty MediCare – Employee Application Form – Group Policy
Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng Nhóm

The Company shall not provide cover and shall not be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Company to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United State of America.

Công ty sẽ không bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán bồi thường cho bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc cung cấp các quyền lợi nào nếu như việc việc cung cấp bảo hiểm, thanh toán các yêu cầu bồi thường này hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Công ty vi phạm bất kỳ quy định cấm vận, ngăn cấm, hoặc hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hoặc các lệnh cấm vận kinh tế hay thương mại, luật pháp hoặc quy định của Liên Hiệp Châu Âu, Vương Quốc Anh hoặc Hiệp Chung Quốc Hoa Kỳ.

Annual Premium Phí bảo hiểm năm	Requested Effective Date Ngày hiệu lực yêu cầu	From Từ	To Đến
Loading Tăng phí	Payment method Phương thức thanh toán		
Discount Giảm phí	<input type="checkbox"/> Cash Tiền mặt <input type="checkbox"/> Cheque Séc <input type="checkbox"/> Bank Transfer Chuyển khoản		
Total Tổng cộng	Please note bank charges for remittance will be borne by remitter, please fax or email the bank remittance advice or instruction for reference. Xin lưu ý người chuyển tiền sẽ chịu phí chuyển tiền qua ngân hàng, đề nghị gửi giấy chuyển tiền qua fax hoặc email cho Công ty Bảo hiểm tham chiếu.		

PART II (A) – MEDICAL QUESTIONNAIRE/ PHẦN II (A) – CÂU HỎI Y KHOA

The questions below must be answered for the applicant and every family member included on the Application. For any question that has been answered “✓ YES” please provide complete details of the medical condition at issue in the text box below this section of the form including the name, address and telephone number of all attending physicians, diagnosis, all treatment dates, types of treatment, prognosis, and present course of treatment. Liberty Insurance Ltd. Reserves the right to request additional medical information.

Các câu hỏi dưới đây phải trả lời đối với Người yêu cầu bảo hiểm và mỗi thành viên gia đình có tên trong Giấy yêu cầu Bảo hiểm. Với câu hỏi đã được trả lời là "✓CÓ" vui lòng cung cấp toàn bộ chi tiết tình trạng y khoa vào Phần II (B) dưới đây bao gồm cả tên, địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ, các chẩn đoán, các ngày điều trị, loại điều trị, tiên lượng bệnh, và quá trình điều trị hiện tại. Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty bảo lưu quyền yêu cầu thông tin y khoa bổ sung.

Please answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Employee Nhân viên		Dependant 1 Người phụ thuộc 1		Dependant 2 Người phụ thuộc 2		Dependant 3 Người phụ thuộc 3	
	Yes Có	No Không	Yes Có	No Không	Yes Có	No Không	Yes Có	No Không
1. Are you or any other applicant currently disabled, pregnant, or unable to perform normal activities? Anh/Chị hay những người khác yêu cầu bảo hiểm hiện tại có bị tàn phế, đang mang thai, hoặc không thể thực hiện các hoạt động bình thường?								
2. Have you or any other applicant ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC), Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV) or any other Immune System Disorder? Anh/Chị hay những người khác yêu cầu bảo hiểm đã có xét nghiệm dương tính, đã được chẩn đoán, hay đang được điều trị hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải AIDS, các phức hợp liên quan đến AIDS (ARC), hội chứng bạch huyết, vi rút suy								



Liberty MediCare – Employee Application Form – Group Policy
Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng Nhóm

giảm miễn dịch người (HIV) hay bất kỳ rối loạn về hệ thống miễn dịch nào khác?									
3. During the last three years, have you or any applicants been diagnosed of any medical condition or received treatment or have been seeking advice or has been advised to have investigation test, treatment or surgery or do you anticipate testing for any of the following: Trong 3 năm vừa qua, Anh/Chị hay những người khác yêu cầu bảo hiểm đã có chẩn đoán hay điều trị y tế hay đã tìm tư vấn hay đã được tư vấn yêu cầu xét nghiệm kiểm tra/điều trị/phẫu thuật hay quý vị kiểm tra tầm soát một trong các bệnh sau đây:									
a. Cardiac, cardiovascular or circulatory condition? Bệnh tim, hệ tim mạch hay hệ tuần hoàn?									
b. Blood Vessels, Arteries, Blood Pressure or Anaemia? Mạch máu, động mạch, huyết áp hay thiếu máu?									
c. Migraines, Chronic Headache, Epilepsy or Stroke? Chứng đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, động kinh hay đột quỵ?									
d. Diabetes? Tiểu đường									
e. Cancer, Tumour, Cyst, Polyp, Lump or Abnormal Growth of any kind? Ung thư, u bướu, u nang, Polyp, ung bướu hay phát triển dị thường với bất kỳ dạng nào?									
f. Liver, Stomach, Gall Bladder, Colon, Intestines or Hepatitis? Gan, bao tử, bàng quang, ruột kết, ruột hay viêm gan?									
g. Kidney, Prostate, Urinary System? Thận, tuyến tiền liệt, cơ quan đường tiết niệu?									
h. Lung, Respiratory System, Asthma or Deviated Nasal Septum? Phổi, hệ thống hô hấp, hen suyễn hay lệch vách ngăn mũi?									
i. Mental, Nervous, Depress, Anxiety or Neurological? Drug abuse or alcoholism? Tâm thần, căng thẳng, trầm cảm, lo âu hay thần kinh? Lạm dụng thuốc hay nghiện rượu?									
j. Bone or Skeletal, including any disorder of Knee, Hip or Back? Xương hoặc bộ xương, bao gồm cả rối loạn đầu gối, hông, lưng?									
k. Reproductive systems, including Maternity? Cơ quan sinh sản bao gồm sự sinh đẻ?									
4. Any other illness, injury, impairment, or condition of any kind not stated above? Bất kỳ bệnh nào khác, tổn thương, suy kém hay tình trạng dưới bất kỳ hình thức nào không nêu trên?									
5. If you have any of the followings at present or during the past 21 days (until the date of entry/exit/transit)? Fever, Cough, Hard to breathe, Sore Throat, Vomiting, Diarrhea, Skin hemorrhage, Rash. Trong vòng 21 ngày (tính đến thời điểm làm thủ tục xuất cảnh, nhập cảnh, quá cảnh) Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không? Sốt, Ho, Khó Thở, Đau họng, Nôn/Buồn Nôn, Tiêu Chảy, Xuất Huyết Ngoài Da, Nổi Ban Ngoài Da.									



Liberty MediCare – Employee Application Form – Group Policy
Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng Nhóm

6. Did you fully vaccinated with two (02) doses of vaccines or above? If yes, please provide the Certificate of Vaccinations with two (02) doses of vaccines or above. Anh/Chị đã tiêm đủ hai (02) liều vắc-xin trở lên chưa? Nếu có, vui lòng cung cấp Giấy Chứng Nhận đã tiêm đủ hai (02) liều vắc-xin.							
7. Did you vaccinate one (01) dose of vaccine or not vaccinated yet? Anh/Chị chỉ tiêm một (01) liều vắc-xin hoặc chưa tiêm liều nào?							
8. Lịch sử phơi nhiễm bệnh viêm đường hô hấp do Virus Sars-COV-2 (Covid-19) từ năm 2019 đến nay.							
History of exposure of virus Sars-COV-2 (Covid-19) from 2019 up to now Lịch sử phơi nhiễm bệnh viêm đường hô hấp do virus Sars-COV-2 (Covid-19) từ năm 2019 đến nay							
1st time on Lần 1 vào ngày	Hospitalized date (if any) Ngày nhập viện (nếu có)	Discharged Date (if any) Ngày xuất viện (nếu có)					
2nd time on Lần 2 vào ngày	Hospitalized date (if any) Ngày nhập viện (nếu có)	Discharged Date (if any) Ngày xuất viện (nếu có)					
3rd time on Lần 3 vào ngày	Hospitalized date (if any) Ngày nhập viện (nếu có)	Discharged Date (if any) Ngày xuất viện (nếu có)					
9. Address and Telephone of usual doctor Địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ chăm sóc thường xuyên							

PART II (B) – MEDICAL QUESTIONNAIRE/ PHẦN II (B) – CÂU HỎI Y KHOA

This part applies if you have indicated any “Yes” replies in Part II (A). Please disclose all medical conditions (or undiagnosed symptoms) to which these replies are intended to apply. Use column 3 to list them separately and give the further detailed information required by Column 4 to 6.

Phần này áp dụng nếu Anh/Chị đã trả lời “Có” trong phần II (A). Xin vui lòng kê khai tất cả các tình trạng y khoa (hay các triệu chứng chưa được chẩn đoán) mà các câu trả lời này có ý định đề cập đến. Sử dụng cột 3 để liệt kê từng tình trạng riêng rẽ và cung cấp thêm thông tin chi tiết vào cột 4 đến 6.

Name Tên (1)	Relevant Box No. Ô liên quan Số (2)	Medical Conditions Tình trạng Y khoa (3)	Treatment and Conditions received (with date) Điều trị và tình trạng phải điều trị (liệt kê với ngày) (4)	Need for further treatment or consultation Nhu cầu điều trị hay tư vấn bổ sung (5)	Present state of Health Tình trạng sức khỏe hiện tại (6)

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate that you have done so by ticking this box
 Nếu không đủ chỗ kê khai, xin sử dụng tờ giấy thêm riêng và nếu có khai thêm như vậy thì đề nghị đánh dấu vào



Liberty MediCare – Employee Application Form – Group Policy Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng Nhóm

PART III – DECLARATION/ PHẦN III – KHAI BÁO

We/I do hereby represent and warrant that:

Chúng tôi/tôi cam đoan, cam kết và đồng ý rằng:

1. Our/my answers/information given above in every respect are true, complete and correct.
Những câu trả lời và thông tin mà Chúng tôi/Tôi cung cấp cho Công ty là chính xác, đầy đủ và có thật từ mọi khía cạnh.
2. We/I agree that the answers/information provided above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and us/me.
Chúng tôi/Tôi đồng ý rằng các câu trả lời và thông tin nêu ở đây là cơ sở của Hợp đồng Bảo hiểm giữa Chúng tôi/Tôi và Công ty.
3. We/I have received, read, understand and agree to the Company's applicable MediCare Insurance policy wording, including but not limitation to, coverage terms, exclusions and conditions expressed therein.
Chúng tôi/Tôi đã nhận được, đã đọc và hiểu, và đồng ý với bản Quy tắc bảo hiểm MediCare của Công ty đang áp dụng bao gồm cả các điều khoản bảo hiểm, các điểm loại trừ và các điều kiện liên quan.
4. The Company is entitled to process My/Our data, which may include but not limited to basic and sensitive personal data, as follows:
Công ty Bảo hiểm được quyền xử lý dữ liệu, có thể bao gồm cả dữ liệu cá nhân cơ bản và nhạy cảm, của Chúng tôi/Tôi như sau:
 - i. Call to introduce/send information on its products and services as well as other customer services' information, to My/Our phone numbers and/or email/mail addresses and
Gọi/gửi các thông tin và giới thiệu về sản phẩm và dịch vụ của Công ty Bảo hiểm, cũng như các thông tin chăm sóc khách hàng khác, đến số điện thoại, thư điện tử và/hoặc địa chỉ liên lạc của Chúng tôi/Tôi và
 - ii. Provide, store and process all information relating to any third-party vendors that provide data processing, back-up, storage and/or services to the Company.
Gửi, lưu trữ và xử lý các thông tin liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm này tại các bên thứ ba làm dịch vụ, xử lý, lưu trữ và/hoặc sao lưu dữ liệu cho Công ty Bảo hiểm.

Tôi đã đọc kỹ, hiểu và đồng ý với chính sách bảo mật thông tin/quyền riêng tư của Công ty Bảo hiểm được đăng tải tại: <https://www.libertyinsurance.com.vn/chinh-sach-rieng-tu>; hoặc được truy cập bằng QR code:

I have carefully read, understood and agreed to the Company's privacy policy posted at: <https://www.libertyinsurance.com.vn/chinh-sach-rieng-tu>; or accessed by QR code:



AUTHORIZATION OF THE INSURED/ ỦY QUYỀN CHO CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

We/I hereby irrevocably confirm that Our/My Employer (or the Sponsoring Organization) (as defined in the Liberty Medicare Insurance Policy Wording) has been duly authorized by Us/Me to act on Our/My behalf in
Chúng tôi/Tôi, bằng văn bản này, xác nhận một cách không hủy ngang rằng Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) (như được định nghĩa trong bản Quy tắc bảo hiểm MediCare của Công ty) của Chúng tôi/Tôi đã được Chúng tôi/Tôi ủy quyền một cách hợp pháp cho để thay mặt và đại diện cho Chúng tôi/Tôi

1. Paying the premium for the Insurance Policy;
Thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp đồng Bảo hiểm;
2. Terminating the Insurance Policy when We/I are/am no longer considered as "Working" for the Employer (or the Sponsoring Organization) and
Chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm khi Chúng tôi/Tôi không còn được xem là "Đang Làm Việc" cho Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) và
3. Receiving the remaining premium (if any) after the Insurance Policy terminates in accordance with the Liberty Medicare Insurance Policy Wording.
Nhận khoản phí bảo hiểm còn lại (nếu có) sau khi Hợp đồng Bảo hiểm chấm dứt theo các quy định của bản Quy tắc bảo hiểm MediCare của Công ty.

CERTIFICATION/ CHỨNG THỰC

We/I hereby certify, represent and commit: Chúng tôi/Tôi chứng thực, tuyên bố và cam kết:



Liberty MediCare – Employee Application Form – Group Policy
Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng Nhóm

1. That We/I have read the above questions or such questions have been read for Us/Me and We/I have understood them. Rằng Chúng tôi/Tôi đã đọc các câu hỏi trên hay các câu hỏi này đã được đọc cho Chúng tôi/Tôi nghe và Chúng tôi/Tôi hiểu biết chúng,
2. That Our/My answers in every respect are true, complete and correct. Rằng các câu trả lời của Chúng tôi/Tôi là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
3. That We are/I am currently in good health and, except for the conditions and other information disclosed herein, have not been diagnosed with, treated for, and do not suffer from any pre-existing condition which We/I can foresee may require treatment in the future or for which We/I intend to claim under this insurance. Rằng Chúng tôi/Tôi hiện có sức khỏe tốt, trừ các tình trạng sức khỏe và thông tin khác đã kê khai trong Giấy yêu cầu Bảo hiểm này, chưa có chẩn đoán, điều trị, và không có bệnh/tình trạng có sẵn mà Chúng tôi/Tôi thấy trước có thể cần điều trị trong tương lai hay Chúng tôi/Tôi có dự định yêu cầu bồi thường theo Hợp đồng Bảo hiểm này.

MEDICAL RELEASE/ CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA

1. We/I hereby irrevocably agree that We/I have consented any doctor, practitioner of the healing arts, hospital, clinic, health related facility, pharmacy, government agency, insurance agency, insurance company, group policyholder, employee or benefit plan administrator having information as to our/my care, advice, treatment, diagnosis or prognosis of any physical or mental condition, or financial and employment status, to provide such information to Liberty Insurance Ltd.
Chúng tôi/Tôi bằng văn bản này, đồng ý một cách không hủy ngang rằng, Chúng tôi/Tôi cho phép các bác sĩ, nhân viên y tế của bệnh viện, phòng khám, phòng phục hồi sức khỏe, các cơ sở liên quan đến sức khỏe, nhà thuốc, cơ quan nhà nước, cơ quan bảo hiểm, chủ Hợp đồng Bảo hiểm của nhóm, nhân viên hay quản trị viên phúc lợi có thông tin về chăm sóc y tế, tư vấn, điều trị, chẩn đoán của Chúng tôi/Tôi về tình trạng cơ thể hay tâm thần, tình trạng tài chính và tình trạng công việc để cung cấp thông tin cho Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty.
2. BY TICKING THE BOX BELOW, We/I expressly consent that any record or knowledge with reference to our/my accident, health and/or medical history and/or information of Ours/Mine collected and/or held by the Company (whether contained in this Insurance Application Form or otherwise obtained), may be used by and/or disclosed to our/my current employer, whose name is as below, for the sole purpose of the negotiation between the Company and our/my current employer regarding the renewal of the insurance policy under which We are/I am insured.
BẰNG VIỆC ĐÁNH DẤU VÀO Ô TRỐNG BÊN DƯỚI, Chúng tôi/Tôi đồng ý một cách rõ ràng rằng bất kỳ hồ sơ hoặc sự hiểu biết về lịch sử và/hoặc thông tin tai nạn, sức khỏe và/hoặc y tế của Chúng tôi/Tôi, được thu thập hoặc nắm giữ bởi Công ty Bảo hiểm (dù được khai báo trong Giấy yêu cầu Bảo hiểm này hay có được bằng cách khác) sẽ được sử dụng và/hoặc tiết lộ cho người sử dụng lao động hiện tại của Chúng tôi/Tôi, là Công ty có tên sau đây, chỉ cho mục đích thương lượng giữa Công ty Bảo hiểm và người sử dụng lao động hiện tại của Chúng tôi/Tôi liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm mà theo đó Chúng tôi/Tôi được bảo hiểm.

Name of our/my current employer
Tên của người sử dụng lao động hiện tại _____

Date
Ngày ký

Signature and Name of Employee
Chữ ký và Tên Nhân viên

The liability of the Company does not commence until this Application has been accepted by the Company
Trách nhiệm của Công ty sẽ không phát sinh cho đến khi Giấy yêu cầu Bảo hiểm này được Công ty chấp thuận

Intermediary Trung gian bảo hiểm		Account No. Mã số
Tel. No Điện thoại số	Fax No. Fax số	Email Địa chỉ email
FOR OFFICE USE ONLY (Underwriting and/or Doctor's Comments) SỬ DỤNG CHO CÔNG TY BẢO HIỂM (Nhận xét của Phòng Nghiệp vụ và/hoặc Bác sĩ)		

