

Liberty CancerCash – Employee Application Form – Group Policy
Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư 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 Chủ hợp đồng/ Công ty	Employee Name Tên nhân viên	Telephone No Điện thoại số
Date of Employment Ngày bắt đầu lao động	Job Title/Occupation Nghề nghiệp/Chức vụ công tác	
Email Address Địa chỉ email	Contact Address Địa chỉ liên hệ	

Plan Enrolled (Please specify, see Guidance for selection of benefits below)

Chương trình tham gia bảo hiểm (Xin nêu rõ, xem Hướng dẫn lựa chọn quyền lợi bảo hiểm như dưới đây):

Please enter the names and details of insured person for whom cover is required.

Xin điền tên và thông tin chi tiết của người được bảo hiểm.

Full Name Tên đầy đủ	Relationship with Employee Quan hệ với bên mua	Gender Giới tính (M/F)	Date of Birth Ngày sinh (dd/mm/yyyy)	ID/Passport No. Số CMND/ CCCD/Hộ chiếu	Usual Country of Residence Nước thường trú	Home Country Quốc quán (tên nước)	Plan Enrolled Chương trình lựa chọn
		M Nam	F Nữ				
		M Nam	F Nữ				
		M Nam	F Nữ				
		M Nam	F Nữ				

Dependants' cover must be the same plan as the Applicant. For dependant children aged 18 to 23, please indicate the name and address of the college or university and number of hours enrolled, supporting document may be required.

Những người phụ thuộc phải có cùng chương trình bảo hiểm với nhân viên. Đối với trẻ em độ tuổi từ 18 đến 23, xin vui lòng ghi rõ tên và địa chỉ của trường cao đẳng hoặc đại học và số giờ theo học, hồ sơ bổ sung có thể được yêu cầu.

Occupation of Spouse (if any)
 Nghề nghiệp của người hôn phối (nếu có)



Liberty CancerCash – Employee Application Form – Group Policy
Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư của nhân viên – Hợp đồng nhóm

Plan Enrolled
Chương trình bảo hiểm

Classic: 250,000,000 VND Chương trình Classic: 250.000.000 VNĐ	Executive: 500,000,000 VND Chương trình Executive: 500.000.000 VNĐ	Premier: 750,000,000 VND Chương trình Premier: 750.000.000 VNĐ
<p>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.</p> <p>Trừ khi Công ty Bảo hiểm và Bên Mua Bảo Hiểm có thỏa thuận khác, Công ty Bảo hiểm sẽ không bảo hiểm hoặc cung cấp các quyền lợi nào nếu như việc cung cấp bảo hiểm hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Công ty Bảo hiểm 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 Minh Châu Âu, Vương Quốc Anh hoặc Hiệp Chúng Quốc Hoa Kỳ.</p>		
Requested Effective Date Ngày hiệu lực theo yêu cầu	From Từ	To Đến
Annual Premium 1st year Phí bảo hiểm năm 1	Payment method Phương thức thanh toán <input type="checkbox"/> Cash Tiền mặt <input type="checkbox"/> Cheque Séc <input type="checkbox"/> Bank Transfer Chuyển khoản	
Annual Premium 2nd year Phí bảo hiểm năm 2		
Annual Premium 3rd year Phí bảo hiểm năm 3		
Annual Premium 4th year Phí bảo hiểm năm 4		
Annual Premium 5th year Phí bảo hiểm năm 5		
Discount Giảm phí		
Total Premium 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 – MEDICAL QUESTIONNAIRE
PHẦN II – CÂU HỎI Y KHOA

The questions below must be answered for the applicant and every family member included on the Application.
 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.



Liberty CancerCash – Employee Application Form – Group Policy**Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư của nhân viên – Hợp đồng nhóm**

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.	Insured person Người được bảo hiểm chính		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. Have you or any applicants been diagnosed 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 Hepatitis B/C, cancer, tumors developing carcinoma-in-situ of any kind of cancer? Anh/Chị đã từng mắc phải, hoặc được thông báo rằng Anh/Chị mắc phải, hoặc đang trong quá trình kiểm tra Bệnh viêm gan siêu vi B/C, ung thư, khối u, phát triển ung thư biểu mô tại chỗ của bất kì loại ung thư nào không?								
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 đã thử 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 giảm miễn dịch người (HIV) hay bất kỳ rối loạn về hệ thống miễn dịch nào khác?								
3. Have two or more members in your family (such as mother, father, sibling) been diagnosed for cancer before 60 years old? Anh/Chị có 2 hoặc nhiều hơn các thành viên trực hệ trong gia đình (cha, mẹ, anh, chị, em) đã được chẩn đoán ung thư trước 60 tuổi hay không?								

PART III – THE INFORMATION OF BENEFICIARY (Applying when the Insured Person has died)**PHẦN III – THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG (Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong)**

Beneficiary Name Tên người thụ hưởng	Relationship with the Insured Person Quan hệ với người được bảo hiểm	Phone number Điện thoại
_____	_____	_____
Email Address Email	Address Địa chỉ liên hệ	
_____	_____	

PART IV – THE INFORMATION OF THE RECEIVER**(Applying when the Insured Person authorizes the other people receives the Claim Amount)****PHẦN IV – THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM****(Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm chỉ định người khác nhận thay số tiền bồi thường)**

Name of Authorized Person Tên người được chỉ định	Relationship with the Insured Person Quan hệ với người được bảo hiểm	Phone number Điện thoại
_____	_____	_____
Email Address Email	Address Địa chỉ liên hệ	
_____	_____	



Liberty CancerCash – Employee Application Form – Group Policy
Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư của nhân viên – Hợp đồng nhóm

PART V – DECLARATION

PHẦN V – 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 and information given above in every respect are true, complete, and correct Our/My answers and information given above in every respect are true, complete, and correct;
Những câu trả lời và thông tin cung cấp cho Công ty Bảo hiểm là chính xác, đầy đủ và có thật;
2. Our/My answers and information given above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and ourselves/myself;
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 Bảo hiểm;
3. We/I have received, read, understand and agreed with the Company's applicable CancerCash Insurance policy wording, including the coverage terms, exclusions and conditions expressed therein; and
Chúng tôi/Tôi đã nhận được, đã đọc và hiểu, và đồng ý với bản Quy tắc Bảo hiểm Bệnh Ung Thư CancerCash của Công ty Bảo hiểm đang áp dụng bao gồm cả các điều khoản bảo hiểm, các điểm loại trừ và các điều kiện liên quan; và
4. The Company is entitled to:
Công ty Bảo hiểm được quyền:
 - i. Send information on its products and services as well as other customer services' information, to our/my phone numbers and/or mailing addresses and
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 và/hoặc địa chỉ liên lạc của Chúng tôi/Tôi và
 - ii. Send and store all information relating to this Insurance Policy at any third party vendors that provide data processing, back-up and/or storage services to the Company.
Gửi và lưu trữ 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.

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

We/I hereby irrevocably confirm that the Employer (or Sponsoring Organization) (as defined in the CancerCash Insurance policy wording) has been duly authorized by Us/Me to:

Chúng tôi/Tôi, bằng văn bản này, ủy quyền một cách không hủy ngang cho Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) của Chúng tôi/Tôi (như được định nghĩa trong bản Quy tắc Bảo hiểm Bệnh Ung Thư Liberty CancerCash) để thay mặt và đại diện Chúng tôi/Tôi:

1. Pay the premium for the Insurance Policy;
Thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp đồng Bảo hiểm của Chúng tôi/Tôi;
2. Terminate the Insurance Policy when We are/I am no longer considered as "Working" for the Employer (or the Sponsoring Organization) and
Chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm của Chúng tôi/Tôi khi Chúng tôi/Tôi không còn được xem là "Đang Làm Việc" cho Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) đó và
3. Receive the remaining premium (if any) after the Insurance Policy has been terminated in accordance with the CancerCash Insurance policy wording.
Nhận khoản phí bảo hiểm còn lại (nếu có) sau khi Hợp đồng Bảo hiểm của Chúng tôi/Tôi chấm dứt theo các quy định của bản Quy tắc Bảo hiểm Bệnh Ung Thư Liberty CancerCash.

CERTIFICATION/ CHỨNG THỰC

We/I hereby certify, represent and warrant:

Chúng tôi/Tôi chứng thực, tuyên bố và cam kết:

1. That We/I have read the above questions or the above questions have been read for us/me and We/I have fully 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 are true, complete and correct in all aspects,
Rằng các câu trả lời của Chúng tôi/Tôi là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
3. That We/I currently have good health conditions, except the health conditions and other information as declared in this application form, have not been having any diagnosis or treatment and do not have any existing illness/health condition that We/I foresee that they should be treated in the future or We/I have an intention to claim under this Insurance Policy.
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.



Liberty CancerCash – Employee Application Form – Group Policy
Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư của nhân viên – Hợp đồng nhóm

MEDICAL RELEASE/ CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA

We/I authorize 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 the Company.

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, nhà quản trị nhân viên hay quyền 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 ăn việc làm để cung cấp thông tin cho Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty.

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 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 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)

