

**Liberty CancerCash – Application Form – Group Policy**  
**Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư – 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 – GROUP INFORMATION**  
**PHẦN I – THÔNG TIN NHÓM**

Policyholder/ Company name Chủ hợp đồng/ Tên Công ty	Nature of Business Ngành nghề kinh doanh	Business Registration No. Số đăng ký kinh doanh
Information for Red Invoice (include Name of Company, Address, Tax Code, etc.): Thông tin xuất hóa đơn (bao gồm tên Công ty, Địa chỉ, Mã số thuế, v.v...):		
Number of Years In Business Số năm hoạt động kinh doanh	Address Địa chỉ	
Telephone No. Số điện thoại	Fax No. Số Fax	Contact person Người liên hệ
Job title Chức vụ	Telephone No. Số điện thoại	Email Address Địa chỉ email

**PART II – PERSONAL INFORMATION**  
**PHẦN II – CHI TIẾT BẢO HIỂM**

To be insured Người được Bảo hiểm	Employees only Chỉ nhân viên	Employees and Dependants Nhân viên và người phụ thuộc
Definition of staff Phân loại nhân viên		
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):		
<b>Plan Enrolled</b> <b>Chương trình bảo hiểm</b>		
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
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. 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 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.		



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

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 III – DECLARATION**

**PHẦN III – KHAI BÁO**

We do hereby represent and warrant that:

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

- The answers and information of the Insured given above in every respect are true, complete and correct;  
 Những câu trả lời và thông tin của Người được Bảo hiểm mà Chúng tôi cung cấp cho Công ty Bảo hiểm là chính xác, đầy đủ và có thật;
- The answers and information of the Insured given above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and us for insuring of the Insured;  
 Các câu trả lời và thông tin của Người được Bảo hiểm nêu ở đây là cơ sở của Hợp đồng Bảo hiểm giữa Chúng tôi và Công ty Bảo hiểm để bảo hiểm cho Người được Bảo hiểm;
- We and the Insured have received, read, understand and agreed with the Company's applicable CancerCash Insurance policy wording, including but not limitation to, coverage terms, exclusions and conditions expressed therein; and  
 Chúng tôi và Người được Bảo hiểm 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
- The Company is entitled to:  
 Công ty Bảo hiểm được quyền:
  - Send information on its products and services as well as other customer services' information, to our and the Insured's phone numbers and/or email/mail 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 và của Người được Bảo hiểm và



## Liberty CancerCash – Application Form – Group Policy Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư – Hợp đồng nhóm

- ii. Provide all information relating to 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.

We, as the Employer (or Sponsoring Organization) (as defined in the CancerCas Insurance policy wording), hereby irrevocably confirm that we have been duly authorized by the Insured to:

Chúng tôi, với tư cách là Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) (như được định nghĩa trong bản Quy tắc Bảo hiểm Bệnh Ung Thư Liberty CancerCash), bằng văn bản này, xác nhận một cách không hủy ngang rằng chúng tôi đã được Người Được Bảo Hiểm ủy quyền một cách hợp pháp cho để thay mặt và đại diện cho Người được Bảo hiểm:

1. Pay the premium for the Insurance Policy  
Thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp đồng Bảo hiểm
2. Terminate the Insurance Policy when the Insured is no longer considered as “Working” for us and  
Chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm khi Người được Bảo hiểm không còn được xem là “Đang Làm Việc” cho chúng tôi
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 chấm dứt theo các quy định của bản Quy tắc Bảo hiểm Bệnh Ung Thư Liberty CancerCash.

### CERTIFICATION/ CHỨNG THỰC

We hereby certify, represent and warrant:

Chúng tôi chứng thực, tuyên bố và cam kết:

1. That the Insured has read the above questions or the above questions have been read for the Insured and the Insured has fully understood them,  
Rằng Người được Bảo hiểm đã đọc các câu hỏi trên hay các câu hỏi này đã được đọc cho Người được Bảo hiểm nghe và Người được Bảo hiểm hiểu biết chúng,
2. That the Insured’s answers are true, complete, and correct in all aspects,  
Rằng các câu trả lời của Người được Bảo hiểm là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
3. That the Insured currently has good health conditions, except the health conditions and other information as declared in this application form, has not been having any diagnosis or treatment, and does not have any existing illness/health condition that the Insured foresees that they should be treated in the future or the Insured has an intention to claim under this Insurance Policy.  
Rằng Người được Bảo hiểm 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 Người được Bảo hiểm thấy trước có thể cần điều trị trong tương lai hay Người được Bảo hiểm có dự định yêu cầu bồi thường theo Hợp đồng Bảo hiểm này.

### MEDICAL RELEASE/ CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA

We have obtained the Insured’s consent to 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 to have information as to the Insured’s 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 đã có sự chấp thuận của Người Được Bảo Hiểm về việc 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 Người Được Bảo Hiểm 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 Bảo Hiểm.

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày ký

\_\_\_\_\_  
Signature of Proposer and Company Stamp  
Chữ ký của người đề nghị và con dấu công ty



## Liberty CancerCash – Application Form – Group Policy

### Liberty CancerCash – Giấy yêu cầu bảo hiểm ung thư – Hợp đồng nhóm

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
<b>FOR OFFICE USE ONLY</b> (Underwriting and/or Doctor's Comments) <b>SỬ DỤNG CHO CÔNG TY BẢO HIỂM</b> (Nhận xét của Phòng Nghiệp vụ và/hoặc Bác sĩ)		



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

Full name Tên đầy đủ	Job title Chức vụ	Date of employment Ngày bắt đầu hợp đồng lao động	Gender Giới tính	Date of Birth Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	ID No./ Passport No. Số CMND/ CCCD /Hộ chiếu	Usual Country of Residence Nước thường trú	Home Country Quê quán (tên nước)	Plan enrolled Chương trình lựa chọn