

Liberty HealthCare – Application Form – Group Policy
Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – 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 CÁ NHÂN

Policyholder /Company Name Chủ hợp đồng/Tên Công ty	Name of business Ngành nghề kinh doanh	Business Registration No. Số đăng ký kinh doanh
Number of Years In Business Số năm hoạt động kinh doanh	Address Địa chỉ liên hệ	
Telephone No Số điện thoại	Email Address Địa chỉ email	Fax No. Số fax
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...)		
Contact person Người liên hệ	Job title Chức vụ	Telephone No. Số điện thoại

Part II – COVER DETAILS
Phần II – CHI TIẾT BẢO HIỂM

To be insured 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):		

(*) PLAN AVAILABLE/ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM
Basic Cover/Chương trình Bảo hiểm tiêu chuẩn

 H1 - Hospital Plan H1 – Classic/H1 - Chương trình Điều trị Nội trú H1 – Classic
 H2 - Hospital Plan H2 – Executive/H2 - Chương trình Điều trị Nội trú H2 – Executive
 H3 - Hospital Plan H3 – Premier/ H3 - Chương trình Điều trị Nội trú H3 – Premier
 H4 - Hospital Plan H3 – Premier + Maternity/H4 - Chương trình Điều trị Nội trú H3 – Premier + Thai sản

Optional Cover/Bảo hiểm Bổ sung Tùy chọn

 O1 – Outpatient/O1 - Điều trị Ngoại trú
 O2 - Outpatient + Dental Benefit/O2 – Điều trị ngoại trú + Chăm sóc nha khoa
 O3 - Outpatient with Deductible (**)/O3 - Điều trị Ngoại trú có áp dụng mức miễn thường (**)
 O4 - Outpatient with Deductible (**)+ Dental Benefit/O4 - Điều trị Ngoại trú có áp dụng mức miễn thường (**)+ Chăm sóc nha khoa


Liberty HealthCare – Application Form – Group Policy Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – Hợp đồng nhóm

Territorial Scope

Phạm vi Địa lý

Zone 1: Worldwide subject to VND44,000,000 deductible for any Disability in USA and Canada

Lựa chọn 1: Toàn cầu, áp dụng mức miễn thường 44.000.000 VNĐ đối với mỗi bệnh tật điều trị ở Mỹ và Canada

Zone 2: Vietnam, China, Thailand, Singapore, Taiwan, South Korea, Japan, Malaysia, Indonesia and Philippines

Lựa chọn 2: Việt Nam, Trung Quốc, Thái Lan, Singapore, Đài Loan, Hàn Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Indonesia và Philippines

Zone 3: Worldwide

Lựa chọn 3: Toàn cầu

Zone 4: Worldwide excluding USA and Canada

Lựa chọn 4: Toàn cầu loại trừ Mỹ và Canada

(**) Standard Outpatient deductible is VND550,000 per visit

(**) Mức miễn thường tiêu chuẩn đối với Điều trị ngoại trú là 550,000 VNĐ cho mỗi lần khám

(***) 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 bảo hiểm 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 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 Chúng Quốc Hoa Kỳ.

Guidance for selection of benefits: H4, O2, Z3 means: You select Hospital Plan H3-Premier + Maternity; Outpatient + Dental Benefit; Worldwide cover.

Hướng dẫn chọn quyền lợi bảo hiểm: H4, O2, Z3 có nghĩa là: Bạn chọn Chương trình điều trị Nội trú H3-Premier + Thai sản; Điều trị Ngoại trú + Chăm sóc Nha khoa; Phạm vi Toàn cầu.

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 III – DECLARATION

PHẦN III – KHAI BÁO

We do hereby represent and warrant:

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

- The answers and the Insured's information that We provided the Company 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 từ mọi khía cạnh;
- The answers and the Insured's information that We provided the Company shall be the basis of the Insurance Policy between Us and the Company for the insurance of the Insured
Những câu trả lời và thông tin của Người Được Bảo Hiểm mà Chúng tôi cung cấp cho Công Ty Bảo Hiểm 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, understood and agree with the applicable Liberty HealthCare Insurance Policy Wording of the Company, including but not limitation to, coverage terms, exclusions and conditions expressed therein; and



Liberty HealthCare – Application Form – Group Policy

Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – Hợp đồng nhóm

Chúng tôi và Người Được Bảo Hiểm đã nhận được, đã đọc, đã hiểu, và đồng ý với bản Quy tắc Bảo Hiểm Sức Khỏe Liberty HealthCare 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 the phone numbers and/or email/mail addresses of Ours and of the Insured 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
- ii. Provide and store all information relating to the Insurance Policy 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.

AUTHORIZATION OF THE INSURED/ ỦY QUYỀN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

We, as the Employer (or the Sponsoring Organization) (as defined in the Liberty HealthCare Insurance Policy Wording), hereby irrevocably confirm that We has been duly authorized by the Insured to act on behalf of the Insured in 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 Sức Khỏe Liberty HealthCare), 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. Paying the premium for the Insurance Policy
Thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp đồng Bảo hiểm ;
2. Terminating 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 và;
3. Receiving the remaining premium (if any) after the Insurance Policy terminates in accordance with the Liberty HealthCare 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 Sức Khỏe Liberty HealthCare.

MEDICAL RELEASE/ CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA

We have been consented by the Insured about allowing 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 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 the Company.

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, công ty 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 and Name of Proposer, Company stamp
Chữ ký và Tên Người yêu cầu bảo hiểm, con dấu công ty

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



Liberty HealthCare – Application Form – Group Policy
Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – Hợp đồng nhóm

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)		



Liberty HealthCare – Application Form – Group Policy
Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – 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 cư trú thường xuyên	Home Country Quê quán (tên nước)	Height/ Weight Chiều cao/ Cân nặng	Plan enrolled (Please specify see (*) above) Chương trình bảo hiểm (Xin nêu rõ, vui lòng xem (*) ở trên)