

**Liberty MediCare – Application Form – Group Policy**  
**Liberty MediCare – 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 – PERSONAL 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			
Entry age Tuổi tham gia bảo hiểm	Full-time employees and employee's spouses aged below 65 Child(ren) at 15 days and under 18 years old, or under 23 if full-time education with proof. Nhân viên toàn thời gian và người hôn phối của nhân viên dưới 65 tuổi Trẻ em từ 15 ngày tuổi và dưới 18 tuổi, hay dưới 23 tuổi nếu đang tiếp tục học tập với bằng chứng.		
<b>PLAM ENROLLED</b> <b>CHƯƠNG TRÌNH LỰA CHỌN</b>			
<b>Hospitalization benefit</b> <b>Quyền lợi nằm viện</b>	<b>Outpatient benefit</b> <b>Điều trị ngoại trú</b>	<b>Dental benefit</b> <b>Chăm sóc nha khoa</b>	<b>Maternity benefit</b> <b>Thai sản</b>
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 – Application Form – Group Policy**  
**Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – 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 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 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 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 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 the Company and Us for the insurance of the Insured.  
 Các câu trả lời và thông tin nêu ở đây 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, understand and agree to the Company's applicable Liberty MediCare 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 sức khỏe Liberty MediCare 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:  
 Chúng tôi đồng ý cho Công ty Bảo hiểm được quyền:
  - Send information on its products and services as well as other customer services' information, to the phone numbers and/or email/mail addresses of Us and 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
  - 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 MediCare 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 MediCare), 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:



**Liberty MediCare – Application Form – Group Policy**  
**Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – Hợp đồng Nhóm**

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  
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 sức khỏe Liberty MediCare.

**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, 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 yêu cầu bảo hiểm và 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

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 MediCare – Application Form – Group Policy**  
**Liberty MediCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – Hợp đồng Nhóm**

Name of Employee Tên đầy đủ	Name of Dependent Tên người phụ thuộc	Date of employment Ngày bắt đầu làm việc	Gender Giới tính	Date of Birth (dd/mm/yyyy) 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	Effective date Ngày hiệu lực	Plan enrolled Chương trình lựa chọn