

**Liberty HealthCare – Employee Application Form – Group Policy**  
**Liberty HealthCare – 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<br>Chủ hợp đồng/Tên Công ty                                                                                                                                       | Employee Name<br>Tên nhân viên     | Date of employment<br>Ngày bắt đầu hợp đồng lao động |
| Job title/Occupation<br>Nghề nghiệp/Chức vụ công tác                                                                                                                                         | Contact Address<br>Địa chỉ liên hệ |                                                      |
| Telephone No<br>Điện thoại số                                                                                                                                                                | Email Address<br>Địa chỉ email     |                                                      |
| Plan Enrolled (Please specify, see (*) Guidance for selection of benefits below)<br>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 employees and dependents for whom cover is required.

Xin điền tên và chi tiết của chủ hợp đồng và những người phụ thuộc có yêu cầu bảo hiểm.

| Full Name<br>Tên đầy đủ | Relationship<br>with<br>Policyholder<br>Quan hệ với<br>chủ hợp<br>đồng | Gender<br>Giới tính<br>(M/F) | Date of Birth<br>Ngày sinh<br>(dd/mm/yyyy) | ID/Passport<br>No.<br>Số CMND/<br>CCCD/Hộ<br>chiếu | Usual<br>Country of<br>Residence<br>Nước<br>thường trú | Home<br>Country<br>Quê quán<br>(tên nước) | Height<br>Weight<br>Chiều<br>cao/<br>Cân<br>nặng | Plan<br>Enrolled<br>Chương<br>trình lựa<br>chọn |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                         |                                                                        | Male<br>Nam                  | Female<br>Nữ                               |                                                    |                                                        |                                           |                                                  |                                                 |
|                         |                                                                        | Male<br>Nam                  | Female<br>Nữ                               |                                                    |                                                        |                                           |                                                  |                                                 |
|                         |                                                                        | Male<br>Nam                  | Female<br>Nữ                               |                                                    |                                                        |                                           |                                                  |                                                 |
|                         |                                                                        | Male<br>Nam                  | Female<br>Nữ                               |                                                    |                                                        |                                           |                                                  |                                                 |

Occupation of Spouse (if any)

Nghề nghiệp của người hôn phối (nếu có)

Dependants' cover must be the same plan as the Employee. 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.



## Liberty HealthCare – Employee Application Form – Group Policy

### Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng nhóm

#### (\*) 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

#### 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 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 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<br>Phí bảo hiểm năm | Requested Effective Date<br>Ngày hiệu lực yêu cầu                                                                                                                                                                                                                                                      | From<br>Từ | To<br>Đến |
| Loading<br>Tăng phí                | Payment method<br>Phương thức thanh toán                                                                                                                                                                                                                                                               |            |           |
| Discount<br>Giảm phí               | <input type="checkbox"/> Cash<br>Tiền mặt <input type="checkbox"/> Cheque<br>Séc <input type="checkbox"/> Bank Transfer<br>Chuyển khoản                                                                                                                                                                |            |           |
| Total<br>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.<br>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.



## Liberty HealthCare – Employee Application Form – Group Policy

### Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng nhóm

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, tiền 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<br>Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Employee<br>Nhân viên |             | Dependant<br>Người phụ thuộc 1 |             | Dependant<br>Người phụ thuộc 2 |             | Dependant<br>Người phụ thuộc 3 |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Yes<br>Có             | No<br>Không | Yes<br>Có                      | No<br>Không | Yes<br>Có                      | No<br>Không | Yes<br>Có                      | No<br>Không |
| 1. Are you or any other applicant currently disabled, pregnant, or unable to perform normal activities?<br>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?<br>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 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:<br>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?<br>Bệnh tim, hệ tim mạch hay hệ tuần hoàn?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |             |                                |             |                                |             |                                |             |
| b. Blood Vessels, Arteries, Blood Pressure or Anaemia?<br>Mạch máu, động mạch, huyết áp hay thiếu máu?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |             |                                |             |                                |             |                                |             |
| c. Migraines, Chronic Headache, Epilepsy or Stroke?<br>Chứng đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, động kinh hay đột quỵ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |             |                                |             |                                |             |                                |             |
| d. Diabetes?<br>Tiểu đường                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |             |                                |             |                                |             |                                |             |
| e. Cancer, Tumour, Cyst, Polyp, Lump or Abnormal Growth of any kind?<br>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?<br>Gan, bao tử, bàng quang, ruột kết, ruột hay viêm gan?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |             |                                |             |                                |             |                                |             |
| g. Kidney, Prostate, Urinary System?<br>Thận, tuyến tiền liệt, cơ quan đường tiết niệu?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |             |                                |             |                                |             |                                |             |



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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| h. Lung, Respiratory System, Asthma or Deviated Nasal Septum (including Covid 19 and complications of Covid 19)<br>Phổi, hệ thống hô hấp, hen suyễn hay lệch vách ngăn mũi?<br>(bao gồm Covid 19 và biến chứng của Covid 19)                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| i. Mental, Nervous, Depress, Anxiety or Neurological? Drug abuse or alcoholism?<br>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?<br>Xương hoặc bộ xương, bao gồm cả rối loạn đầu gối, hông, lưng?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| k. Reproductive systems, including Maternity?<br>Cơ quan sinh sản bao gồm sự sinh đẻ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Any other illness, injury, impairment, or condition of any kind not stated above?<br>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)?<br>Fever, Cough, Hard to breathe, Sore Throat, Vomiting, Diarrhea, Skin hemorrhage, Rash.<br>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. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Address and Telephone of usual doctor<br>Địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ chăm sóc thường xuyên                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |





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

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

**PART III - INSURANCE HISTORY/ PHẦN III – LỊCH SỬ BẢO HIỂM**

|                                                                                                                                                              |           |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| Do you or any family member have any other medical/healthcare insurance in force?<br>Bạn hay thành viên gia đình có bảo hiểm y tế/sức khỏe đang có hiệu lực? | Yes<br>Có | No<br>Không |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|

If Yes, please give details  
 Nếu Có, xin cho chi tiết

|                                             |                                 |                                       |
|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Name of Insurer<br>Tên của Công ty Bảo hiểm | Sum Insured<br>Số tiền bảo hiểm | Insurance Period<br>Thời hạn bảo hiểm |
|                                             |                                 |                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| Have you ever made a major claim exceeding VND 55,000,000 against any insurer in respect of<br>bodily injury or sickness during the last 3 years?<br>Anh/Chị đã có yêu cầu bồi thường lớn hơn 55.000.000 VNĐ đối với bất kỳ Công ty Bảo hiểm nào<br>về tổn thương thân thể hay bệnh tật trong 3 năm vừa qua không? | Yes<br>Có | No<br>Không |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|

If Yes, please give details  
 Nếu Có, xin cho chi tiết

|                                         |                                            |                                       |                                               |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Name of Insurer<br>Tên Công ty Bảo hiểm | Year of Claim<br>Năm yêu cầu bồi<br>thường | Nature of Claim<br>Bản chất khiếu nại | Claim Amount<br>Tổng số yêu cầu<br>bồi thường |
|                                         |                                            |                                       |                                               |
|                                         |                                            |                                       |                                               |
|                                         |                                            |                                       |                                               |

Have medical/health insurance application or policy for you or any family member ever been declined or accepted with special terms? If Yes, please give details:

Yêu cầu bảo hiểm hay Hợp đồng Bảo hiểm y tế/sức khỏe cho Anh/Chị hay thành viên gia đình có từng bị từ chối hay được chấp nhận bảo hiểm với điều khoản đặc biệt? Nếu Có, xin cho chi tiết :



## Liberty HealthCare – Employee Application Form – Group Policy

### Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng nhóm

|                                                                           |                                    |                                      |                 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Application declined?<br>Yêu cầu bảo hiểm bị từ chối?                     | <input type="checkbox"/> Yes<br>Có | <input type="checkbox"/> No<br>Không | Reason<br>Lý do |
| Special terms to insure required?<br>Bảo hiểm cần có điều khoản đặc biệt? | <input type="checkbox"/> Yes<br>Có | <input type="checkbox"/> No<br>Không | Reason<br>Lý do |
| Renewal cancelled or refused?<br>Tái tục bị hủy bỏ hay bị từ chối?        | <input type="checkbox"/> Yes<br>Có | <input type="checkbox"/> No<br>Không | Reason<br>Lý do |

#### PART IV – DECLARATION/ PHẦN IV – KHAI BÁO

We/I do hereby represent and warrant:

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

- Our/My answers and information that We/I provided the Company in every respect are true, complete and correct  
Những câu trả lời và thông tin mà Chúng tôi/Tôi cung cấp cho Công ty Bảo hiểm là chính xác, đầy đủ và có thật từ mọi khía cạnh;
- Our/My answers and information that We/I provided the Company shall be the basis of the Insurance Policy between Us/Me and the Company  
Những câu trả lời và thông tin mà Chúng tôi/Tôi cung cấp cho Công ty Bảo hiểm là cơ sở của Hợp đồng Bảo hiểm giữa Chúng tôi/Tôi và Công ty Bảo hiểm;
- We/I 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 Chúng tôi/Tôi 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;
- 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:
  - 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
  - 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 HealthCare 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 Sức Khỏe Liberty HealthCare) 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;



## Liberty HealthCare – Employee Application Form – Group Policy

### Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – 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 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 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.

#### CERTIFICATION/ CHỨNG THỰC

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

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/I have good health conditions, except the health conditions and other information as declared in this Insurance Application Form, has no diagnosis, treatment, and has no illness/pre-existing condition that We/I can foresee requiring medical treatment in the future or We/I intend to lodge a 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.

#### 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 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, Công ty 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 Bảo hiểm.

2. BY TICKING THE BOX BELOW, We/I expressly consent that any record or knowledge with reference to 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 my current employer, whose name is as below, for the sole purpose of the negotiation between the Company and 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 my current employer:  
Tên người sử dụng lao động hiện tại

---



Liberty HealthCare – Employee Application Form – Group Policy

Liberty HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm của nhân viên – Hợp đồng nhóm

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <div>Date</div> <div>Ngày ký</div>                                                                                                                                                                                                    |                                      | <div>Signature and Name of Employee</div> <div>Chữ ký và Tên Nhân viên</div> |
| <div>The liability of the Company does not commence until this Application has been accepted by the Company</div> <div>Trách nhiệm của Công ty sẽ không phát sinh cho đến khi Giấy yêu cầu bảo hiểm này được Công ty chấp thuận</div> |                                      |                                                                              |
| <div>Intermediary</div> <div>Trung gian bảo hiểm</div>                                                                                                                                                                                |                                      | <div>Account No.</div> <div>Mã số</div>                                      |
| <div>Tel No.</div> <div>Điện thoại số</div>                                                                                                                                                                                           | <div>Fax No.</div> <div>Fax số</div> | <div>Email</div> <div>Địa chỉ email</div>                                    |
| <div>FOR OFFICE USE ONLY (Underwriting and/or Doctor's Comments)</div> <div>SỬ DỤNG CHO CÔNG TY BẢO HIỂM (Nhận xét của Phòng Nghiệp vụ và/hoặc Bác sĩ)</div>                                                                          |                                      |                                                                              |