

Xin vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây bằng cách viết hoặc đánh dấu vào nơi tương ứng.

Hợp đồng mới

Thay đổi

Tái tục

PHẦN I – THÔNG TIN CÁ NHÂN

Tên Chủ hợp đồng/ Công ty: _____ (Ví dụ: Người làm đơn)

Tên Nhân viên: _____

Địa chỉ liên hệ: _____

Điện thoại số: _____ Email: _____

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

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

Tên đầy đủ	Quan hệ với Bên mua bảo hiểm	Nam/Nữ	Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	Số CMND/Số Hộ chiếu	Nước thường trú	Quê quán (tên nước)	Chương trình lựa chọn

Những người phụ thuộc phải có cùng quyền lợi bảo hiểm với Người được bảo hiểm chính.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM (Đơn vị: VNĐ)

Chương trình Classic: 250.000.000

Chương trình Executive: 500.000.000

Chương trình Premier: 750.000.000

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 Chủng Quốc Hoa Kỳ.

Ngày hiệu lực theo yêu cầu: Từ: _____ Đến: _____

PHÍ BẢO HIỂM

Phí Bảo hiểm năm 1: _____

Phí Bảo hiểm năm 2: _____

Phí Bảo hiểm năm 3: _____

Phí Bảo hiểm năm 4: _____

Phí Bảo hiểm năm 5: _____

Giảm phí: _____

Tổng cộng: _____

Phương thức thanh toán

Tiền mặt Séc Chuyển khoản

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.

PHẦN II – CÂU HỎI Y KHOA

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.

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Người được bảo hiểm chính		Người phụ thuộc 1		Người phụ thuộc 2		Người phụ thuộc 3	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
1. Bạn đã từng mắc phải, hoặc được thông báo rằng bạn 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bạn 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN III – THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG (Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong)

Tên đầy đủ của Người thụ hưởng: _____

Quan hệ với Người được bảo hiểm: _____

Địa chỉ liên hệ: _____

Điện thoại số: _____ Email: _____

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)

Tên đầy đủ của Người được chỉ định: _____

Quan hệ với Người được bảo hiểm: _____

Địa chỉ liên hệ: _____

Điện thoại số: _____ Email: _____

PHẦN IV – KHAI BÁO

CHÚNG TÔI/TÔI CAM ĐOAN, CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý RẰNG: (i) những câu trả lời và thông tin cung cấp cho Công Ty Bảo Hiểm là chính xác, đầy đủ và có thật; (ii) 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; (iii) 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 (iv) Công Ty Bảo Hiểm được quyền (1) 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 (2) 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.

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 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 (i) thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp Đồng Bảo Hiểm của Chúng tôi/Tôi; (ii) 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 (iii) 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.

CHÚNG THỰC – Tôi chứng thực, tuyên bố và cam kết:

- (i) Rằng tôi đã đọc các câu hỏi trên hay các câu hỏi này đã được đọc cho tôi nghe và tôi hiểu biết chúng,
- (ii) Rằng các câu trả lời của tôi là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
- (iii) Rằng tôi (chúng 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 tôi (chúng tôi) thấy trước có thể cần điều trị trong tương lai hay tôi (chúng tôi) có dự định yêu cầu bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm này.

CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA - Tôi (chúng 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 tôi (chúng 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.

 Chữ ký
 Tên Bên mua bảo hiểm
 Ngày

Trách nhiệm của Công ty sẽ không phát sinh cho đến khi Giấy yêu cầu bảo hiểm này được Công ty chấp thuận.

Trung gian bảo hiểm: _____ Mã số: _____

Điện thoại số: _____ Fax số: _____ Email: _____



Please write or tick where applicable

New Application

Change

Renewal

PART I – PERSONAL INFORMATION

Policy Holder/Company Name: _____

Employee Name: _____

Date of employment: _____

Job title/Occupation: _____

Contact Address: _____

Telephone No.: _____ Email Address: _____

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

Please enter the names and details of employee and dependants for whom cover is required.

Full Name	Relationship with Employee	Gender M/F	Date of Birth (dd/mm/yyyy)	ID No./ Passport No.	Usual Country of Residence	Home Country	Height/ Weight	Plan Enrolled (Please specify, see (*) below)
							/	
							/	
							/	
							/	

Occupation of Spouse (if any): _____

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.

(*) PLAN AVAILABLE

Classic: VND 250,000,000

Executive: VND 250,000,000

Premier: VND 250,000,000

(**) 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.

Requested Effective Date: From: _____ To: _____

ANNUAL PREMIUM

Annual Premium 1st year: _____

Annual Premium 2nd year: _____

Annual Premium 3rd year: _____

Annual Premium 4th year: _____

Annual Premium 5th year: _____

Discount:

Total Premium: _____

Mode of Payment

Cash Cheque Bank Transfer

Please note bank charges for remittance will be borne by remitter, please fax or email the bank remittance advice or instruction for reference.

PART II – MEDICAL QUESTIONNAIRE

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.

Please answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes.	Employee		Dependant		Dependant		Dependant	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have two or more members in your family (such as mother, father, sibling) been diagnosed for cancer before 60 years old?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART III – THE INFORMATION OF BENEFICIARY (Applying when the Insured Person has died)

Beneficiary Name: _____
 Relationship with the Insured Person: _____
 Contact Address: _____
 Mobile Number: _____ Email: _____

PART IV – THE INFORMATION OF THE RECEIVER (Applying when the Insured Person authorizes the other people receives the Claim Amount)

Full Name of Authorized Person: _____
 Relationship with the Insured Person: _____
 Contact Address: _____
 Telephone Number: _____
 Email Address: _____

PART V - DECLARATION

WE DO HEREBY REPRESENT AND WARRANT that: (i) the answers and information of the Insured given above in every respect are true, complete and correct; (ii) the answers and information of the Insured given above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and us for the insurance of the Insured; (iii) We and the Insured have received, read, understand and agreed with the Company's applicable CancerCash Cancer Insurance policy wording, including the coverage terms, exclusions and conditions expressed therein; and (iv) the Company is entitled to (i) send information on its products and services as well as other customer services' information, to our and the Insured's phone numbers and/or mailing addresses and (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.

We, as the Employer (or Sponsoring Organization) (as defined in the CancerCash Cancer Insurance policy wording), hereby irrevocably confirm that we have been duly authorized by the Insured to (i) pay the premium for the Insurance Policy; (ii) terminate the Insurance Policy when the Insured is no longer considered as "in active service" for us and (iii) receive the remaining premium (if any) after the Insurance Policy has been terminated in accordance with the CancerCash Cancer Insurance policy wording.

CERTIFICATION – We hereby certify, represent and warrant:

- (i) That the Insured have read the above questions or the above questions have been read for the Insured and the Insured have fully understood them,
- (ii) That the Insured's answers are true, complete and correct in all aspects,
- (iii) That the Insured 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/heath condition that the Insured foresee that they should be treated in the future or the Insured have an intention to claim under this Insurance Policy.

MEDICAL RELEASE I (we) 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 my (our) care, advice, treatment, diagnosis or prognosis of any physical or mental condition, or financial and employment status, to provide such information to the Company.

Signature
Name of Employee:
Date:

The liability of the Company does not commence until this Application has been accepted by the Company.

FOR OFFICE USE ONLY (Underwriting and/or Doctor's Comments):
