



Liberty CancerCash
GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM
HỢP ĐỒNG NHÓM

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 NHÓM

Chủ hợp đồng/Tên công ty: _____

Ngành nghề kinh doanh: _____

Số đăng ký kinh doanh: _____

Thông tin xuất hóa đơn (bao gồm tên Công ty, Địa chỉ, Mã số thuế, v.v...): _____

Số năm hoạt động kinh doanh: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____ Số fax: _____

Người liên hệ: _____ Chức vụ: _____

Số điện thoại: _____ Địa chỉ email: _____

PHẦN II – CHI TIẾT BẢO HIỂM

Được bảo hiểm: Chỉ nhân viên: Nhân viên và người phụ thuộc:

Phân loại nhân viên: _____

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

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 Chung 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 IV – KHAI BÁO

CHÚNG TÔI CAM ĐOAN, CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý RẰNG: (i) 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; (ii) 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; (iii) 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 (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 và của Người Được Bảo Hiểm 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, 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 (i) thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp Đồng Bảo Hiểm; (ii) chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm khi Người Được Bảo Hiểm không còn được xem là "Đang Làm Việc" cho chúng tôi và (iii) 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.

CHỨNG THỰC – Chúng tôi chứng thực, tuyên bố và cam kết:

- (i) 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,
- (ii) Rằng các câu trả lời của Người Được Bảo Hiểm là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
- (iii) 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.

CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA – 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.

Người yêu cầu bảo hiểm (ký và đóng dấu công ty)

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: _____

SỬ DỤNG CHO CÔNG TY BẢO HIỂM (Nhận xét của Phòng Nghiệp vụ và/hoặc Bác sĩ):

Tên đầy đủ	Chức vụ	Ngày bắt đầu hợp đồng lao động	Giới tính Nam/Nữ	Ngày sinh (ngày/thán g/năm)	Số CMND/Số Passport	Nước thường trú	Quê quán (Tên nước)	Chiều cao/Cân nặng	Chương trình lựa chọn
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	



Liberty
Insurance

Liberty CancerCash
APPLICATION FORM
GROUP POLICY

Please write or tick where applicable

New Application

Change

Renewal

PART I – GROUP INFORMATION

Policy Holder/Company Name: _____
 Nature of Business: _____
 Business Registration No.: _____
 Information for Red Invoice (include Name of Company, Address, Tax Code, etc.): _____

 Number of Years In Business: _____
 Address: _____

 Telephone No.: _____ Fax No: _____
 Contact person: _____ Job title: _____
 Telephone No.: _____ Email Address: _____

PART II – COVER DETAILS

To be insured: Employees only: Employees and Dependants:

Definition of staff: _____

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

(*) 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 III - DECLARATION

WE/I DO HEREBY REPRESENT AND WARRANT that the answers/information given above in every respect are true, complete and correct. We/I agree that the answers/information provided above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and ourselves/myself. We/I have received, read, understand and agree to the Company's applicable CancerCash Insurance policy wording, including but not limitation to, coverage terms, exclusions and conditions expressed therein. We/I hereby agree that the Company can (i) send information on its products and services as well as other customer services' information, to our phone numbers and/or email/mail addresses and (ii) provide all information relating to any third party vendors that provide data processing, back-up and/or storage services to the Company.

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 Liberty Insurance Ltd.

Signature of Proposer and Company Stamp
Date:

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

Intermediary: _____ Account No.: _____
Tel No.: _____ Fax No.: _____ Email: _____

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

Full Name	Job title	Date of employment	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)
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	