

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

Chủ hợp đồng: _____

Địa chỉ liên hệ: _____

Điện thoại số: _____ Địa chỉ email: _____

THÔNG TIN CÁ NHÂN	Chủ Hợp Đồng	Người phụ thuộc #1	Người phụ thuộc #2	Người phụ thuộc #3
Tên				
Giới tính	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>
Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	/ /	/ /	/ /	/ /
Quan hệ với Chủ Hợp Đồng				
Nghề nghiệp				
Nước cư trú thường xuyên				
Quê quán (tên nước)				
Chiều cao (cm)				
Cân nặng (kg)				
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu				

Những người phụ thuộc phải có cùng quyền lợi bảo hiểm với Chủ Hợp Đồng. Đối với Người phụ thuộc là con của Chủ hợp đồng thuộc 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.

CHƯƠNG TRÌNH LỰA CHỌN:

QUYỀN LỢI NĂM VIỆN	ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ	CHĂM SÓC NHA KHOA	THAI SẢN	PHẠM VI ĐỊA LÝ
Diamond <input type="checkbox"/>	Ngoại trú 5 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Vùng 0: Việt Nam <input type="checkbox"/> Vùng 5 (*): Việt Nam, Brunei, Campuchia, Indonesia, Lào, Malaysia, Myanmar, Philippines, Thái Lan và Đông Timor
Platinum <input type="checkbox"/>	Ngoại trú 4 <input type="checkbox"/>			
Gold <input type="checkbox"/>	Ngoại trú 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Silver <input type="checkbox"/>	Ngoại trú 2 <input type="checkbox"/>			
Bronze <input type="checkbox"/>	Ngoại trú 1 <input type="checkbox"/>			

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 Chung Quốc Hoa Kỳ.

(*): Chỉ áp dụng cho chương trình Diamond và Platinum (Tăng 15% trên tổng phí của 2 chương trình này)

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

Phí Bảo hiểm năm: _____

Tăng phí: _____

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 (A) – 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. 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, loại điều trị, tiên 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.

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Chủ hợp đồng		Người phụ thuộc #1		Người phụ thuộc #2		Người phụ thuộc #3	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
1. Bạn 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?	<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 hay những người khác yêu cầu bảo hiểm đã và đang 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 có tiên lượng cần phải xét nghiệm một trong các bệnh sau đây:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Bệnh tim, viêm tim hay hệ tuần hoàn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mạch máu, động mạch, huyết áp hay thiếu máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Chứng đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, động kinh hay đột quỵ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tiểu đường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ung thư, u bướu, u nang, Polyp, ung bướu hay phát triển dị thường với bất kỳ dạng nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gan, bao tử, bàng quang, ruột kết, ruột hay viêm gan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Thận, tuyến tụy liệt, cơ quan đường tiết niệu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Phổi, hệ thống hô hấp, hen suyễn hay lệch vách ngăn mũi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hôi hộp, trầm cảm, lo lắng hay thần kinh? Lạm dụng thuốc hay nghiện rượu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Xương hoặc bộ xương, bao gồm cả rối loạn đầu gối, hông, lưng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cơ quan sinh sản bao gồm sự sinh đẻ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bất kỳ bệnh nào khác, tổn thương, suy kém hay tình trạng dưới bất kỳ hình thức nào không nêu trên?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ chăm sóc thường xuyên.								

PHẦN II (B) – CÂU HỎI Y KHOA

Phần này áp dụng nếu bạn 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.

1. Tên	2. Ô liên quan Số	3. Tình trạng y khoa	4. Điều trị và tình trạng phải điều trị (liệt kê với ngày)	5. Nhu cầu điều trị hay tư vấn bổ sung	6. Tình trạng sức khỏe hiện tại

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 .

PHẦN IV - KHAI BÁO

CHÚNG TÔI/TÔI CAM ĐOAN, CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý RẰNG: (i) những câu trả lời và thông tin của Chúng tôi/Tôi mà Chúng tôi/Tôi cung cấp cho Công Ty Bảo Hiểm là chính xác, đầy đủ và có thật từ mọi khía cạnh; (ii) những câu trả lời và thông tin của Chúng tôi/Tôi 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 để bảo hiểm cho Chúng tôi/Tôi; (iii) Chúng tôi/Tôi đã nhận được, đã đọc, đã hiểu, và đồng ý với bản Quy tắc Bảo Hiểm Sức Khỏe Liberty FamilyCare 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.

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

- (i) 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,
- (ii) Rằng các câu trả lời của Chúng tôi/Tôi là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
- (iii) 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.

CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA – 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, nhà quản trị nhân viên hay quyền 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 ăn việc làm để cung cấp thông tin cho Công Ty Bảo Hiểm.

Chữ ký

Tên Chủ hợp đồng:

Ngày:

Trách nhiệm của Công Ty Bảo Hiểm sẽ không phát sinh cho đến khi Giấy yêu cầu bảo hiểm này được Công Ty Bảo Hiểm 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):



Liberty FamilyCare APPLICATION FORM

Please write or tick where applicable

New Application

Endorsement

Renewal

PART I – GENERAL INFORMATION

Policyholder: _____

Contact Address: _____

Telephone No.: _____ Email Address: _____

PERSONAL DETAILS	Policyholder Name	Dependant # 1	Dependant # 2	Dependant # 3
Name				
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Date of birth (dd/mm/yyyy)	/ /	/ /	/ /	/ /
Relationship with Policyholder				
Occupation				
Country of Usual Residence				
Home Country				
Height (cm)				
Weight (kg)				
Passport/ID. No				

Dependants' coverage must be the same plan as the Policyholder. 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 ENROLLED:

HOSPITALIZATION BENEFIT	OUTPATIENT BENEFIT	DENTAL BENEFIT	MATERNITY BENEFIT	TERRITORIAL SCOPE
Diamond <input type="checkbox"/>	Outpatient 5 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Zone 0: Vietnam <input type="checkbox"/> Zone 5 (*): Vietnam, Brunei, Cambodia, Myanmar, Indonesia, Laos, Malaysia, Philippines, Thailand and Timor-Leste
Platinum <input type="checkbox"/>	Outpatient 4 <input type="checkbox"/>			
Gold <input type="checkbox"/>	Outpatient 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Silver <input type="checkbox"/>	Outpatient 2 <input type="checkbox"/>			
Bronzer <input type="checkbox"/>	Outpatient 1 <input type="checkbox"/>			

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 States of America.

(*): Applicable only to Platinum and Diamond plan (A loading of 15% applies on the total premium of these plans)

Requested Effective Date: From: _____ To: _____

Annual Premium: _____

Loading: _____

Discount: _____

Total: _____

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 (A) – 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.	Policyholder Name		Dependant #1		Dependant #2		Dependant #3	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. Are you or any other applicant currently disabled, pregnant, or unable to perform normal activities?	<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 you or any applicant been diagnosed of any medical condition or received treatment or seeking advice or been advised to have investigation test, treatment or surgery or do you anticipate testing for any of the following:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Heart, cardiac, cardiovascular or circulatory condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Blood Vessels, Arteries, Blood Pressure or Anaemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Migraines, Chronic Headache, Epilepsy or Stroke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cancer, Tumor, Cyst, Polyp, Lump or Abnormal Growth of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Liver, Stomach, Gall Bladder, Colon, Intestines or Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kidney, Prostate, Urinary System?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Lung, Respiratory System, Asthma or Deviated Nasal Septum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Mental, Nervous, Depress, Anxiety or Neurological? Drug abuse or alcoholism?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bone or Skeletal, including any disorder of Knee, Hip or Back?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Reproductive systems, including Maternity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Any other illness, injury, impairment or condition of any kind not stated above?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Address and Telephone no. of usual doctor.

PART II (B) – MEDICAL QUESTIONNAIRE

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 Column 4 to 6.

1. Name	2. Relevant Box No.	3. Medical Conditions	4. Treatment and Conditions received (with date)	5. Need for further treatment or consultation	6. Present state of Health

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate that you have done so by ticking this box.

PART III - DECLARATION

WE/I DO HEREBY REPRESENT AND WARRANT that: (i) the answers/information given above in every respect are true, complete and correct; (ii) We/I agree that the answers/information provided above shall be the basis of the Insurance Policy between the Company and ourselves/myself; (iii) We/I have received, read, understood and agreed to the Company's applicable FamilyCare Insurance policy wording, including but not limitation to, coverage terms, exclusions and conditions expressed therein; and (iv) the Company may (1) 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 (2) provide all information relating to any third party vendors that provide data processing, back-up and/or storage services to the Company.

CERTIFICATION We/I hereby certify, represent and warrant:

- (i) that We/I have read the above questions or they have been read to Us/Me, and We/I understand them,
- (ii) that Our/My responses to the questions are true, accurate and complete in all respects,
- (iii) that I am/We are currently in good health and, except for the conditions and other information disclosed herein, have not been diagnosed with, treated for, and do not suffer from any pre-existing condition which We/I foresee may require treatment in the future or for which We/I intend to claim under this insurance.

MEDICAL RELEASE We/I 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 Our/My 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
Name of Policyholder:
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):
