



Liberty Healthcare
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

Chương trình Bảo hiểm chuẩn

- H1 - Chương trình Điều trị Nội trú H1 - Classic
- H2 - Chương trình Điều trị Nội trú H2 - Executive
- H3 - Chương trình Điều trị Nội trú H3 - Premier
- H4 - Chương trình Điều trị Nội trú H3 - Premier + Thai sản

Bảo hiểm Bổ sung Tùy chọn

- O1 - Điều trị Ngoại trú
- O2 - Điều trị Ngoại trú + Chăm sóc Nha khoa
- O3- Điều trị Ngoại trú có áp dụng mức miễn thường (*)
- O4- Điều trị Ngoại trú có áp dụng mức miễn thường (*) + Chăm sóc nha khoa

Phạm vi Địa lý

- Lựa chọn 1: Toàn cầu, áp dụng mức miễn thường 44.000.000 VNĐ đối với mỗi bệnh tật điều trị ở Mỹ hoặc Canada
- Lựa chọn 2: Việt Nam, Trung Quốc, Thái lan, Singapore, Đài Loan, Hàn Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Indonesia và Philippines
- Lựa chọn 3: Toàn cầu
- Lựa chọn 4: Toàn cầu loại trừ Mỹ và Canada

(*) Mức miễn thường tiêu chuẩn đối với Điều trị ngoại trú là 550,000 VNĐ cho mỗi lần khám

(**) 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, bao gồm các nước Miến Điện, Iran, Su-đăng, Triều Tiên, Syria, Li-băng và Cuba.

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.

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 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 từ mọi khía cạnh; (ii) những câu trả lời 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; (iii) Chúng tôi và Người Được Bảo Hiểm 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; 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.

ỦY QUYỀN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC 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 Sức Khỏe Liberty HealthCare), 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 Sức Khỏe Liberty HealthCare.

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, 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 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 Healthcare
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

Basic Cover

- H1 - Hospital Plan H1 – Classic
- H2 - Hospital Plan H2 – Executive
- H3 - Hospital Plan H3 – Premier
- H4 - Hospital Plan H3 – Premier + Maternity

Optional Cover

- O1 - Outpatient
- O2 - Outpatient + Dental Benefit
- O3 - Outpatient with Deductible (*)
- O4 - Outpatient with Deductible (*) + Dental Benefit

Territorial Scope

- Zone 1: Worldwide subject to VND44,000,000 deductible for any Disability in USA and Canada
- Zone 2: Vietnam, China, Thailand, Singapore, Taiwan, South Korea, Japan, Malaysia, Indonesia and Philippines
- Zone 3: Worldwide
- Zone 4: Worldwide excluding USA and Canada

(*) Standard Outpatient deductible is VND550,000 per visit

(**) 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, including Myanmar, Iran, Sudan, North Korea, Syria, Lybia and Cuba.

Guidance for selection of benefits: H4, O2, Z3 means: You select Hospital Plan H3-Premier + Maternity; Outpatient + Dental Benefit; Worldwide cover.

Requested Effective Date: From: _____ To: _____

Annual Premium: _____

Mode of Payment

Loading: _____ Discount: _____ Total: _____	<input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Bank Transfer <i>Please note bank charges for remittance will be borne by remitter, please fax or email the bank remittance advice or instruction for reference.</i>
---	--

PART III - DECLARATION

WE DO HEREBY REPRESENT AND WARRANT: (i) the answers and the Insured's information that We provided the Company in every respect are true, complete and correct; (ii) the answers and the Insured's information that We provided the Company shall be the basis of the Insurance Policy between Us and the Company for the insurance of the Insured; (iii) We and the Insured 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 (iv) the Company is entitled to (1) send information on its products and services as well as other customer services' information, to the phone numbers and/or email/mail addresses and Ours and of the Insured and (2) 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.

AUTHORIZATION OF THE INSURED: We, as the Employer (or the Sponsoring Organization) (as defined in the Liberty HealthCare Insurance Policy Wording), hereby irrevocably confirm that We has been duly authorized by the Insured to act on behalf of the Insured in (1) paying the premium for the Insurance Policy; (ii) terminating the Insurance Policy when the Insured is no longer considered as "Working" for Us and (iii) receiving the remaining premium (if any) after the Insurance Policy terminates in accordance with the Liberty HealthCare Insurance Policy Wording.

CERTIFICATION – We hereby certify, represent and commit:

- (i) That the Insured has read the above questions or such questions have been read for the Insured and the Insured has understood them,
- (ii) That the answers of the Insured in every respect are true, complete and correct,
- (iii) That the Insured has 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 the Insured can foresee requiring medical treatment in the future or the Insured intends to lodge a claim under this Insurance Policy.

MEDICAL RELEASE 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.

 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)
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	
								/	