

ĐƠN ĐĂNG KÝ BẢO HIỂM
THẨM ĐỊNH Y KHOA TOÀN DIỆN

MyHEALTH CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM DÀNH CHO CÁ NHÂN

Tải ứng dụng Easy Claim trên điện thoại
giúp yêu cầu bồi thường nhanh hơn.



 april-international.com

Vui lòng chỉ in khi cần thiết.



Liberty
Insurance

 **april**
International

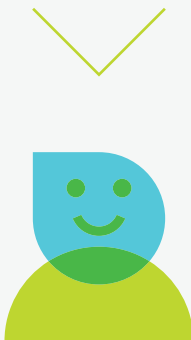
ĐƠN YÊU CẦU BẢO HIỂM, THAO TÁC TỪNG BƯỚC.



Đây là đơn yêu cầu bảo hiểm của bạn. Hoàn tất, ký tên, gửi đi.

MUỐN TIẾT KIỆM THỜI GIAN?

Nút gửi ở cuối đơn này cho phép bạn gửi đơn yêu cầu bảo hiểm đến chúng tôi ngay lập tức
Chúng tôi sẽ xem xét đơn trong thời gian sớm nhất.



Kết quả thẩm định sẽ được thông báo trong vòng 3 ngày làm việc hoặc sớm hơn.

NẾU BẠN CHẤP THUẬN KẾT QUẢ THẨM ĐỊNH, TRONG VÒNG 5 NGÀY LÀM VIỆC, BẠN SẼ NHẬN:

- ✓ Bộ hợp đồng bảo hiểm (qua email)
Bao gồm những chứng từ liên quan như giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, hướng dẫn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, điều kiện và điều khoản bảo hiểm, bảng quyền lợi bảo hiểm.
- ✓ Bạn có thể tải thẻ thành viên có thông tin liên hệ hỗ trợ khẩn cấp hoặc nhập viện điều trị trên ứng dụng Easy Claim.

Nếu bạn muốn bộ hợp đồng được in ra và gửi bưu điện đến bạn,
vui lòng đánh dấu vào đây

1. THÔNG TIN CỦA BẠN

LƯU Ý QUAN TRỌNG

Câu trả lời của bạn cho các câu hỏi trong đơn đăng ký này là cơ sở cho việc phát hành hợp đồng bảo hiểm, và sẽ được đưa vào hợp đồng. Yêu cầu cần thiết là bạn phải cung cấp thông tin đầy đủ, chính xác và trung thực của tất cả người tham gia bảo hiểm, thông tin không chính xác có thể ảnh hưởng đến việc vô hiệu quyền lợi bảo hiểm và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ :	_____		
Tên :	_____		
Ngày sinh :	<u>DD / MM / YYYY</u>	Giới tính :	Nam <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/>
Chiều cao (cm) :	_____	Cân nặng (kg) :	_____
Nghề nghiệp : (Chi tiết công việc)	_____		
Hút thuốc :	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	Tình trạng hôn nhân :	_____
Quốc tịch :	_____	Số CMND/Hộ chiếu:	_____
Địa chỉ nơi cư trú :	_____		
Mã vùng :	_____	Quốc gia :	_____
Quốc gia đang cư trú :	Nếu bạn muốn gửi đến địa chỉ khác, vui lòng cung cấp cho chúng tôi		
Điện thoại :	_____	Điện thoại di động	_____
Email :	_____		

Lưu ý quan trọng : Địa chỉ email này được dùng để chúng tôi gửi bộ hợp đồng bảo hiểm và các thông tin liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc thông tin y tế cá nhân của bạn .

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI THÂN THAM GIA BẢO HIỂM

	NGƯỜI THÂN 1	NGƯỜI THÂN 2	NGƯỜI THÂN 3	NGƯỜI THÂN 4
Họ				
Tên				
Ngày sinh	<u>DD / MM / YYYY</u>	<u>DD / MM / YYYY</u>	<u>DD / MM / YYYY</u>	<u>DD / MM / YYYY</u>
Giới tính	Nam <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/>	Nam <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/>	Nam <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/>	Nam <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/>
Tình trạng hôn nhân				
Mối quan hệ với Người yêu cầu bảo hiểm				
Quốc tịch				
Hút thuốc	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
Số CMND/Hộ chiếu				
Nghề nghiệp (Chi tiết công việc)				
Chiều cao & Cân nặng	cm kg	cm kg	cm kg	cm kg

Vui lòng điền thêm trang khác nếu cần thiết. Nếu người thân tham gia bảo hiểm không cùng địa chỉ cư trú với người yêu cầu bảo hiểm, vui lòng thông báo cho chúng tôi.

2. BẢO HIỂM CỦA BẠN

BƯỚC 1

LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

Quyền lợi bảo hiểm sau đây là cơ sở cho hợp đồng bảo hiểm. Mỗi thành viên có thể lựa chọn quyền lợi riêng cho mình. Các hạn mức và số tiền trong mọi trường hợp sẽ được tính bằng nghìn Việt Nam Đồng (VNĐ)

Nếu người thân chọn chương trình bảo hiểm giống với Người yêu cầu bảo hiểm, vui lòng đánh dấu vào đây và chỉ cần hoàn thành phần lựa chọn quyền lợi cho Người yêu cầu được bảo hiểm.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM	NGƯỜI THÂN 1	NGƯỜI THÂN 2	NGƯỜI THÂN 3	NGƯỜI THÂN 4
Điều trị nội trú & phẫu thuật	<input type="radio"/> Essential 2,320,000 VNĐ <input type="radio"/> Essential 11,600,000 VNĐ <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 2,320,000 VNĐ <input type="radio"/> Essential 11,600,000 VNĐ <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 2,320,000 VNĐ <input type="radio"/> Essential 11,600,000 VNĐ <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 2,320,000 VNĐ <input type="radio"/> Essential 11,600,000 VNĐ <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential 2,320,000 VNĐ <input type="radio"/> Essential 11,600,000 VNĐ <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite
Mức khấu trừ hàng năm	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 11,600 VNĐ <input type="radio"/> 23,500 VNĐ <input type="radio"/> 58,000 VNĐ <input type="radio"/> 116,000 VNĐ <input type="radio"/> 230,000 VNĐ	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 11,600 VNĐ <input type="radio"/> 23,500 VNĐ <input type="radio"/> 58,000 VNĐ <input type="radio"/> 116,000 VNĐ <input type="radio"/> 230,000 VNĐ	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 11,600 VNĐ <input type="radio"/> 23,500 VNĐ <input type="radio"/> 58,000 VNĐ <input type="radio"/> 116,000 VNĐ <input type="radio"/> 230,000 VNĐ	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 11,600 VNĐ <input type="radio"/> 23,500 VNĐ <input type="radio"/> 58,000 VNĐ <input type="radio"/> 116,000 VNĐ <input type="radio"/> 230,000 VNĐ	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 11,600 VNĐ <input type="radio"/> 23,500 VNĐ <input type="radio"/> 58,000 VNĐ <input type="radio"/> 116,000 VNĐ <input type="radio"/> 230,000 VNĐ
• Mức miễn thường hàng năm chỉ áp dụng cho quyền lợi điều trị nội trú và phẫu thuật.					
Khu vực được bảo hiểm	<input type="radio"/> Toàn cầu <input type="radio"/> Toàn cầu loại trừ Mỹ <input type="radio"/> Châu Âu và Đông Nam Á trừ Singapore	<input type="radio"/> Toàn cầu <input type="radio"/> Toàn cầu loại trừ Mỹ <input type="radio"/> Châu Âu và Đông Nam Á trừ Singapore	<input type="radio"/> Toàn cầu <input type="radio"/> Toàn cầu loại trừ Mỹ <input type="radio"/> Châu Âu và Đông Nam Á trừ Singapore	<input type="radio"/> Toàn cầu <input type="radio"/> Toàn cầu loại trừ Mỹ <input type="radio"/> Châu Âu và Đông Nam Á trừ Singapore	<input type="radio"/> Toàn cầu <input type="radio"/> Toàn cầu loại trừ Mỹ <input type="radio"/> Châu Âu và Đông Nam Á trừ Singapore
• Khu vực được lựa chọn sẽ áp dụng cho tất cả các quyền lợi được lựa chọn. • Các dịch vụ được cung cấp ngoài khu vực bảo hiểm được chi trả tối đa 2,320,000 VNĐ cho mỗi kỳ bảo hiểm, chỉ khi bị trực tiếp gây ra bởi bệnh đột ngột hoặc thương tích xảy ra trong 30 ngày đầu tiên của chuyến đi ngoài phạm vi bảo hiểm. • Vui lòng tham khảo Khoản 4 của phần Điều khoản và Điều kiện.					

BƯỚC 2

CHỌN BẤT KỲ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BẠN MUỐN

Các quyền lợi bảo hiểm sau đây là tùy chọn. Mỗi thành viên có thể lựa chọn quyền lợi bảo hiểm cho riêng mình.

Nếu người thân chọn chương trình bảo hiểm giống với Người yêu cầu bảo hiểm, vui lòng đánh dấu vào đây và chỉ cần hoàn thành phần lựa chọn quyền lợi bảo hiểm cho Người yêu cầu được bảo hiểm.

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM	NGƯỜI THÂN 1	NGƯỜI THÂN 2	NGƯỜI THÂN 3	NGƯỜI THÂN 4
Điều trị ngoại trú	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite
Điều trị ngoại trú Đồng bảo hiểm	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 20%	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 20%	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 20%	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 20%	<input type="radio"/> Không <input type="radio"/> 20%
Điều trị nha khoa và/hoặc Nhân khoa Điều trị Nhân khoa chỉ được bao gồm trong chương trình Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite
Thai sản	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite	<input type="radio"/> Essential <input type="radio"/> Extensive <input type="radio"/> Elite
• Lưu ý quan trọng: Quyền lợi này áp dụng cho phụ nữ từ 19 đến 45 tuổi đã chọn phần Điều trị nội trú và phẫu thuật Extensive hoặc Elite không có mức khấu trừ hàng năm, cộng với phần lựa chọn điều trị ngoại trú.					

3. CÂU HỎI THẨM ĐỊNH

THÔNG TIN BẢO HIỂM		
<p>Người tham gia bảo hiểm đã từng đăng ký, hoặc đã được bảo hiểm bởi APRIL chưa? Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết.</p>		
		Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
<p>Người tham gia bảo hiểm có đang được bảo hiểm sức khỏe bởi công ty bảo hiểm nào khác không ? Nếu có, vui lòng cung cấp chi tiết và ghi rõ nếu đơn đó sẽ được tiếp tục (và nếu không được tiếp tục, vui lòng ghi rõ ngày hết hạn).</p>		
		Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
<p>Người tham gia bảo hiểm đã từng bị từ chối hoặc bị hủy bỏ hoặc bị áp dụng điều khoản nào đặc biệt khi được bảo hiểm hay đăng ký tham gia bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm bệnh tật, bảo hiểm tai nạn, bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, bảo hiểm y tế không? Nếu có vui lòng cung cấp thông tin chi tiết.</p>		
		Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
THÔNG TIN Y TẾ VÀ TIỀN SỬ BỆNH	<p>Vui lòng cho biết nếu người tham gia bảo hiểm đang có hay đã từng có bất kỳ dấu hiệu, triệu chứng, bệnh hoặc các rối loạn dưới đây bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp.</p>	
1	Bệnh ung thư, bệnh bạch cầu, bệnh u bướu, bệnh u nang bao gồm bệnh u nang tuyến vú, hoặc bất kỳ tăng sinh bất thường hoặc polyp	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
2	Hệ hô hấp: Bệnh hen suyễn, bệnh viêm phế quản, bệnh dị ứng, bệnh viêm mũi hoặc viêm xoang, bệnh lao, hoặc các bệnh khác của hệ hô hấp	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
3	Hệ tuần hoàn và huyết học: Chứng đau ngực, bệnh tăng huyết áp, bệnh tăng cholesterol, bệnh tim, hoặc các rối loạn khác của hệ tuần hoàn và hệ huyết học	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
4	Hệ tiêu hóa: Chứng khó tiêu, bệnh trào ngược dạ dày, bệnh loét dạ dày, bệnh trĩ, bệnh thoát vị hoặc các rối loạn khác của hệ tiêu hóa	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
5	Hệ cơ xương khớp: Gãy xương, chấn thương khớp, bệnh viêm khớp, chứng đau lưng, chứng đau cổ, chứng đau cơ hoặc các rối loạn khác của cột sống	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
6	Bệnh miễn nhiễm đới: Bệnh sốt rét, bệnh sốt xuất huyết	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
7	HIV/AIDS	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
8	Hệ tiết niệu: Bệnh sỏi thận hoặc các rối loạn khác của hệ tiết niệu hoặc tiền liệt tuyến	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
9	Gan: bệnh tiểu đường, bệnh viêm gan, bệnh gan nhiễm mỡ hoặc các rối loạn khác của gan	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
10	Tuyến giáp: Bệnh nhược giáp, bệnh Hashimoto, hoặc các rối loạn khác của tuyến giáp	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
11	Hệ não và thần kinh: bệnh đột quỵ, bệnh phình mạch máu, chứng co giật, bệnh đau đầu mãn tính, bệnh đau nửa đầu, hoặc các rối loạn khác của hệ não và thần kinh	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
12	Chứng lo âu, bệnh trầm cảm, chứng căng thẳng, chứng nghiện, hoặc các rối loạn khác của bệnh tâm thần kinh	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
13	Hệ phụ khoa: Thai (bao gồm các biến chứng), bệnh u xơ, bệnh lạc nội mạc tử cung, rối loạn kinh nguyệt hoặc chứng chảy máu âm đạo bất thường, chứng đau bụng kinh, nhiễm HPV, hoặc kết quả xét nghiệm phết tế bào âm đạo (PAP's smear) bất thường, hoặc các rối loạn khác của hệ phụ khoa	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
14	Hệ da: Bệnh chàm, bệnh viêm da, bệnh vẩy nến, bệnh mụn cóc, hoặc các rối loạn khác của hệ da	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
15	Hệ mắt và tai: Bệnh đục thủy tinh thể, bệnh tăng nhãn áp, bệnh viêm tai, chứng giảm thính lực, hoặc các rối loạn của hệ mắt và tai	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
16	Bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, khuyết tật sơ sinh, dị tật bất thường, hoặc các bệnh khác ảnh hưởng đến khả năng vận động	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>
17	Bất kỳ các rối loạn/ chấn thương khác	Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>

3. CÂU HỎI THẨM ĐỊNH - TIẾP THEO

Nếu người yêu cầu được bảo hiểm trả lời " Có" cho các câu hỏi phía trên, vui lòng cung cấp thêm chi tiết vào bảng bên dưới. Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh tật khai báo mà sau đó chúng tôi có thể yêu cầu trả lời bằng câu hỏi y khoa hay cung cấp thêm báo cáo y tế liên quan đến bệnh tật đó.

Tên người yêu cầu được bảo hiểm			
Câu hỏi số			
Bệnh/ Tình trạng bệnh/ Triệu chứng & Hội chứng			
Ngày đầu tiên xuất hiện dấu hiệu & triệu chứng	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
Tần suất xuất hiện dấu hiệu & triệu chứng			
Chi tiết điều trị (bao gồm tên thuốc, ngày điều trị, quá trình điều trị thuốc, phẫu thuật...)			
Ngày khám bệnh/ điều trị bệnh sau cùng	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
Có đang điều trị bệnh, được yêu cầu điều trị bệnh thường xuyên, điều trị có kế hoạch hoặc điều trị dự phòng không?			
Đang có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng?			

CHI TIẾT VÀ TIỀN SỬ BỆNH - TIẾP TỤC

18	Trừ khi đã cung cấp thông tin trong đơn này, người yêu cầu được bảo hiểm đã từng nhập viện để điều trị nội trú, hoặc đã trải qua bất kỳ thủ thuật bao gồm nội soi, sinh thiết như là bệnh nhân nội trú hoặc ngoại trú không? Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết.			Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	
19	Trong 5 năm qua, người yêu cầu được bảo hiểm có được thông báo bất kỳ kết quả xét nghiệm bất thường nào không hoặc đang chờ kết quả bất kỳ kết quả xét nghiệm (như xét nghiệm máu và nước tiểu, điện tâm đồ, nội soi, chụp X-quang, siêu âm, chụp CT, chụp MRI, chụp PET scan...)? Vui lòng trả lời "Có" nếu có bất kỳ kết quả chưa chắc chắn hoặc chưa kết luận (được yêu cầu làm lại xét nghiệm) và những biểu hiện bất thường mà hiện tại không cần điều trị (ví dụ: nang, thoái hóa khớp, canxi hóa, ...)			Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	
20	Trong 5 năm qua, người yêu cầu được bảo hiểm có đang điều trị thuốc hoặc đã từng được kê toa điều trị kéo dài hơn một tháng không? Nếu có, vui lòng cung cấp tên thuốc, liều dùng và chi phí liên quan.			Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/>	
21	Vui lòng cung cấp thông tin của bác sĩ riêng/ bác sĩ gia đình của từng người yêu cầu được bảo hiểm. Nếu không có bác sĩ riêng/ bác sĩ gia đình, vui lòng cung cấp tên, địa chỉ và thông tin liên hệ của các cơ sở y tế mà người yêu cầu được bảo hiểm đã đến khám bệnh trong 3 năm qua. Sử dụng thêm trang khác nếu cần thiết. Nếu người yêu cầu được bảo hiểm chưa bao giờ gặp bác sĩ trong 3 năm qua, vui lòng ghi rõ bên dưới.				
	Tên				
	Địa chỉ				
	Điện thoại			Fax	
	Email				

Vui lòng cung cấp thêm thông tin ở trang khác nếu được yêu cầu.

3. CÂU HỎI THẨM ĐỊNH - TIẾP THEO

KHOẢNG TRỐNG DÀNH ĐỂ BỔ SUNG THÊM THÔNG TIN

Người yêu cầu được bảo hiểm có thể sử dụng khoảng trống này để bổ sung thêm bất kỳ bệnh đang mắc phải hoặc đã từng bị. Vui lòng đính kèm các chứng từ y tế liên quan theo đơn này.

NGÀY HIỆU LỰC

- Ngày chấp thuận kết quả thẩm định Ngày khác trong tương lai: DD / MM / YYYY
(Chúng tôi không thể lùi ngày hiệu lực trước ngày chấp thuận kết quả thẩm định)

Lưu ý quan trọng: Đơn đăng ký bảo hiểm cho Cá nhân và Gia đình có giá trị trong 14 ngày kể từ ngày ký đơn đến ngày APRIL nhận được đơn.

QUYỀN ĐĂNG NHẬP CỦA NGƯỜI TƯ VẤN BẢO HIỂM

Bạn có đồng ý để người tư vấn bảo hiểm của bạn đăng nhập trực tuyến vào hợp đồng bảo hiểm và thông tin bồi thường của bạn bằng tài khoản trực tuyến của họ không?		Có <input type="radio"/>	Không <input type="radio"/>
Bạn có đồng ý để chúng tôi trao đổi với người tư vấn bảo hiểm của bạn về tình trạng sức khỏe và thông tin bồi thường của bạn không?		Có <input type="radio"/>	Không <input type="radio"/>
Tên người tư vấn		Mã tư vấn viên	
Tên công ty		Điện thoại	
Email			

NHẬN TIỀN BỒI THƯỜNG

Vui lòng bổ sung thông tin tài khoản ngân hàng của bạn để nhận tiền bồi thường sau này.

Tên ngân hàng			
Địa chỉ ngân hàng			
Tên tài khoản		Số tài khoản	
Đơn vị tiền tệ	<input type="radio"/> VNĐ <input type="radio"/> USD		Đối với các loại tiền tệ khác, vui lòng kiểm tra với APRIL. Đối với việc chuyển khoản quốc tế, lưu ý là bạn phải chịu phí ngân hàng trên mỗi giao dịch
Đối với tài khoản ngoài Việt Nam, cần cung cấp thêm các thông tin sau:			
Sort Code		BIC (Swift) Code	
Chi tiết của ngân hàng (nếu có)			

4. THÔNG BÁO ĐẾN KHÁCH HÀNG LIÊN QUAN ĐẾN CƠ SỞ DỮ LIỆU CÁ NHÂN

Tôi / Chúng tôi cam đoan những lời khai trong đơn này chính xác, đầy đủ và đúng sự thật. Tôi / Chúng tôi cam kết rằng chúng tôi đã không che giấu bất kỳ thông tin nào ngoại trừ những thông tin được khai báo ở đây, rằng tất cả những người được bảo hiểm hiện đang có sức khỏe tốt. Tôi / Chúng tôi sẽ thông báo cho April ngay lập tức nếu sau khi ký vào đơn đăng ký này và trước khi hợp đồng bảo hiểm được phát hành Tôi / Chúng tôi nhận thức được rằng nếu thông tin không được khai báo trong đơn này, hoặc nếu sức khỏe của bất kỳ người được bảo hiểm nào thay đổi thì bất kỳ câu trả lời trên đơn đăng ký này đã không được hoàn thành đầy đủ. Nếu hợp đồng bảo hiểm được cấp cho tôi, đề nghị này và tuyên bố dưới đây sẽ là cơ sở cho hợp đồng bảo hiểm giữa tôi / chúng tôi và Công ty bảo hiểm Liberty. Tôi hiểu rằng hợp đồng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực cho đến khi và trừ khi đơn đăng ký này được chấp nhận và phí bảo hiểm được thanh toán đầy đủ.

Tôi / Chúng tôi đồng ý rằng bất kỳ thông tin thu thập được hoặc có bởi Công ty Bảo hiểm Liberty (đã được khai trong đơn hay chưa) có thể được sử dụng và được cung cấp tên công ty bảo hiểm đến các cá nhân / công ty có liên quan hoặc bất kỳ bên thứ ba (trong hoặc bên ngoài Việt Nam) cho vấn đề liên quan đến đơn đăng ký này, bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào đã phát hành và cung cấp các thông tin liên quan đến sản phẩm và dịch vụ cho bất kỳ mục đích nào.

Tôi / Chúng tôi xin cam đoan rằng Tôi / Chúng tôi đã nhận được, đọc và hiểu, hoặc đã được thông báo và hiểu nội dung của các tài liệu, thông tin liên quan đến sản phẩm bảo hiểm này. Tôi / Chúng tôi biết rằng Tôi / Chúng tôi có thể tìm kiếm lời khuyên từ một cố vấn có trình độ trước khi tôi / chúng tôi ký tên vào đơn đăng ký này. Nếu không thì tôi / chúng tôi tự chịu trách nhiệm để đảm bảo rằng sản phẩm này là thích hợp với nhu cầu tài chính và mục tiêu bảo hiểm của mình.

Tôi / Chúng tôi ủy quyền cho Liberty / APRIL có thể sử dụng tên, ngày tháng năm sinh, giới tính, số hộ chiếu và / hoặc số CMND, bất kỳ thông tin được cung cấp trên đơn đăng ký và bất cứ dữ liệu Liberty / APRIL có thể có liên quan đến người được bảo hiểm được hiển thị trên danh sách bảo hiểm để cung cấp cho các bệnh viện, phòng khám, phòng thí nghiệm, các bác sĩ, chuyên gia, nha sĩ, chuyên gia thần kinh cột sống, châm cứu, vật lý trị liệu, hoặc các học viên y tế khác nhằm mục đích cung cấp hóa đơn chi trả trực tiếp cho người được bảo hiểm. Bằng cách ký ủy quyền và ban hành đơn đăng ký này, tôi / chúng tôi cũng đã được biết điều khoản đặc biệt liệt kê dưới đây:

Quyền thu hồi: Trong trường hợp công ty bảo hiểm đã ủy quyền thanh toán và / hoặc đã thanh toán cho yêu cầu bồi thường không được bảo hiểm hoặc vượt quá hạn mức được bảo hiểm, công ty bảo hiểm có quyền thu hồi tổng số tiền hay phần vượt quá đã thanh toán. Việc thu hồi này bao gồm nhưng không giới hạn việc khấu trừ từ các khoản thanh toán bồi thường khác còn nợ trong thời hạn của hợp đồng. Nếu số tiền còn nợ quá 90 ngày, thì Liberty / APRIL có quyền tạm ngưng dịch vụ thanh toán trực tiếp cho người được bảo hiểm mà không cần thông báo thêm.

CHỮ KÝ

Tên : _____

Chức vụ : _____

Ngày : _____

Lưu ý quan trọng: Đơn đăng ký bảo hiểm phải gửi cho chúng tôi trong vòng **14 ngày** kể từ ngày ký đơn.

5. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

ĐỊNH KỲ THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM

Vui lòng chọn định kỳ thanh toán phí bảo hiểm.

	CHUYỂN KHOẢN	THẺ TÍN DỤNG (VISA / MASTERCARD)
Năm (Không phụ thu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nửa năm (Phụ thu 5%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lưu ý cho định kỳ đóng phí nửa năm: Đây là hợp đồng hàng năm. Bạn phải đóng phí bảo hiểm trọn một năm ngay cả bạn chọn định kỳ đóng phí nửa năm. Phí bảo hiểm không thay đổi trong năm hợp đồng, chỉ thay đổi ở thời điểm tái tục hợp đồng, chúng tôi sẽ thông báo đến bạn bằng văn bản. Có thể trả phí định kỳ nếu phí bảo hiểm lớn hơn 70 triệu VNĐ.

CHUYỂN KHOẢN

1. Nếu bạn có tài khoản ở ngân hàng Vietcombank, vui lòng thanh toán cho

Người thụ hưởng: Liberty Insurance Limited
Địa chỉ Người thụ hưởng: Tầng 18, Tòa nhà Văn phòng Vincom 45A Lý Tự Trọng, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
Số tài khoản: 044.100.370.8222 (VNĐ)
044.137.370.8250 (USD)
Tên ngân hàng: Vietcombank – CN Tân Bình
Địa chỉ ngân hàng: 364 Cộng Hòa, Quận Tân Bình, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
Swift Code: BFTVVNVX007

2. Nếu bạn có tài khoản ở ngân hàng khác, vui lòng thanh toán cho:

Người thụ hưởng: Liberty Insurance Limited
Địa chỉ Người thụ hưởng: Tầng 18, Tòa nhà Văn phòng Vincom 45A Lý Tự Trọng, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
Số tài khoản: 0301581017 (VNĐ)
0301581009 (USD)
Tên ngân hàng: Citibank – CN Hồ Chí Minh
Địa chỉ ngân hàng: 115 Nguyễn Huệ, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
Swift Code: CITIVNVX

1. Người chuyển tiền sẽ trả tất cả các phí ngân hàng.
2. Vui lòng ghi rõ số hợp đồng bảo hiểm và số thông báo đóng phí bảo hiểm vào nội dung thanh toán cho ngân hàng.

THANH TOÁN TRỰC TUYẾN

Nếu bạn chọn thanh toán phí bảo hiểm trực tuyến, bạn sẽ nhận được một liên kết thanh toán qua địa chỉ email mà bạn đã cung cấp trên đơn này.

Được bảo hiểm bởi:

Công ty TNHH Bảo Hiểm Liberty
Tầng 18, Tòa nhà Văn phòng Vincom
45A Lý Tự Trọng, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh,
Việt Nam
Hotline 24/7: *1122 or 1800-599-998
Website: www.libertyinsurance.com.vn

Được thu xếp và quản lý bởi:

Công ty TNHH APRIL VIỆT NAM
Phòng 201, Tầng 2, Tòa nhà Lafayette
Số 8 Phùng Khắc Khoan, Phường Đa Kao,
Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
SĐT: (+84) 28 7307 7984
Email: contact.vn@april.com



GỬI ĐƠN YÊU CẦU BẢO HIỂM

GỬI ĐƠN ĐIỆN TỬ

GỬI



Bấm nút **SUBMIT**
nếu bạn muốn dùng địa chỉ email mặc định
của bạn gửi đơn này cho chúng tôi.

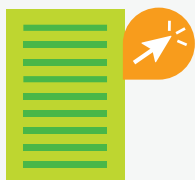


Cách khác,
lưu lại đơn này và gửi đến
asia.app@april.com

HOẶC

IN, KÝ TÊN, EMAIL

IN



Gửi chứng từ scan đến
asia.app@april.com



Gửi bưu điện đến:
Công ty TNHH APRIL VIỆT NAM
Phòng 201, Tầng 2, Tòa nhà Lafayette
Số 8 Phùng Khắc Khoan, Phường Đa Kao,
Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam