# GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM DU LỊCH QUỐC TẾ

***INTERNATIONAL TRAVEL INSURANCE APPLICATION***

|  |
| --- |
| Xin vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây bằng cách điền hoặc đánh dấu vào các ô  tương ứng/Please answer all the following questions by filling in or checking the appropriate boxes. Các thông tin có dấu (\*) là bắt buộc/Fields with (\*) are compulsory. |

# THÔNG TIN VỀ CHỦ ĐƠN BẢO HIỂM/*POLICY HOLDER’S INFORMATION*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên đầy đủ của Chủ đơn BH (\*) (bắt buộc):Full name of policyholder: | | Số CMND/Giấy ĐKKD (không bắt buộc):ID/Business Registered Number |
| Địa chỉ (\*) (bắt buộc):Address | |
| ĐT di động (không bắt buộc):Mobile | ĐT cơ quan (không bắt buộc):Office tel | Số fax (không bắt buộc):Fax No |
| Địa chỉ email (không bắt buộc):E-mail address | Mã số thuế (\*) (bắt buộc nếu chủ hợp đồng là công ty):Tax code | |

# THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/*INSURED INFORMATION*

|  |  |
| --- | --- |
| Giới hạn địa lý/Geographical Limit:  Châu Á/Asia  Đông Nam Á/Asean  Schengen  Toàn cầu/Global | |
| Danh sách người được bảo hiểm và Chương trình bảo hiểm /List of Insured persons and Insurance Plan: (Nếu cần có thể đính kèm danh sách riêng/*A separate list can be attached, if necessary)*  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | STT/ *No.* | Họ và tên/ *Full name*  (bắt buộc) | Ngày sinh/*D.O.B (dd/mm/yy)*  (bắt buộc) | Số hộ chiếu/ *Passport No.*  (bắt buộc) | Chương trình Bảo hiểm/*Insurance Plan*  (bắt buộc) | Phí bảo hiểm/ *Premium*  (bắt buộc) | | 1 |  |  |  | Phổ thông/ *Standard* |  | | 2 |  |  |  | Phổ thông/ *Standard* |  | | 3 |  |  |  | Cao cấp/ *Superior* |  | | 4 |  |  |  | Thượng hạng/ *Premier* |  | |  | TỔNG CỘNG/Total |  |  |  |  | | |
| Thời hạn bảo hiểm theo yêu cầu (\*): Từ ngày đến ngày (tính cả ngày đầu và ngày cuối)Period of insurance (bắt buộc) From to (both days inclusive) | |
| Hiện nay Bạn hay một người được bảo hiểm nào khác có dự định hoặc đang phải theo dõi , điều trị hoặc có triệu chứng sức khỏe không ổn định không? (\*) Are you or any other insured person being diagnosed, undergoing medical treatment or going to have medical treatment, or have you or any other insured person had any symptom of a abnormal health condition? Không/No  Có/Yes Nếu có, xin cho biết thêm chi tiết/If yes, please give details: | |
| Sau khi được tư vấn và hiểu đầy đủ về sản phẩm bảo hiểm liên quan, chúng tôi/tôi xin cam kết những điều kê khai trên đây về mọi phương diện là chính xác và đúng sự thật, không che dấu bất cứ một thông tin nào làm ảnh hưởng đến việc nhận bảo hiểm.  After being advised and fully understood the relevant insurance terms and conditions, I/we warrant that all of the above declaration is totally correct and true in all respects without any concealment that may effect the risk underwriting. | ......................,ngày/date.............................  Người yêu cầu bảo hiểm/Applicant  *(Ký tên, đóng dấu/*Signature/stamp*)* |