BAOVIET Insurance
BẢO HIỂM BẢO VIỆT

YÊU CẦU BẢO HIỂM
NGƯỜI CHƠI GOLF

Yêu cầu bảo hiểm (YCBH) này là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.(HĐBH). Tất cả thông tin trên YCBH phải do Bên Mua bảo hiểm (BMBH)/ Người được bảo hiểm (NĐBH) tự kê khai đầy đủ và ký xác nhận. Việc kê khai thông tin trong YCBH này sẽ được áp dụng/làm căn cứ để thực hiện quyền và nghĩa vụ của các bên trong tất cả HĐBH (bao gồm HĐBH này và các HĐBH tái tục từ HĐBH này tại Bảo hiểm Bảo Việt (BHBV).

Trên cơ sở nghiên cứu kỹ Chương trình bảo hiểm BẢO HIỂM NGƯỜI CHƠI GOLF Ban hành kèm theo Quyết định số: 3623/QĐ-BHBV ngày 18 tháng 4 năm 2018 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt, Tôi/Chúng tôi yêu cầu bảo hiểm theo những thông tin dưới đây:

1.THÔNG TIN VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM

Họ và tên *(viết hoa, có dấu)*: …… Ngày sinh: ……..……...…
Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/MST: ……Điện thoại di động: ……..……..……..
Email: …….. ……..…
Địa chỉ: ……..….

2.THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

☐ NĐBH là bản thân BMBH ☐ NĐBH khác với BMBH

Đánh dấu vào ô lựa chọn. Không cần kê khai cột (1), (2), (3) và (5) nếu NĐBH là BMBH.

Họ và tên *(viết hoa, có dấu)*	**Ngày tháng năm sinh**	**Số CMND/Hộ chiếu/CCCD**	**Nghề nghiệp**	**Quan hệ với BMBH**	**HĐBH đang tham gia (nếu có)***
(1)	*(2)*	*(3)*	*(4)*	*(5)*	*(6)*

** Trường hợp một NĐBH trên cơ sở Quy tắc bảo hiểm này tham gia nhiều HĐBH khác nhau, BHBV sẽ chỉ giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo HĐBH tham gia đầu tiên. Các HĐBH tham gia sau sẽ bị hủy bỏ và hoàn lại phí sau khi đã trừ đi các khoản bồi thường phát sinh trong thời hạn bảo hiểm (nếu có).*

3. THỜI HẠN BẢO HIỂM

Từ ngày…… đến ngày……

4. KÊ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA NĐBH

NĐBH ở Mục 2 đã từng hoặc đang được chẩn đoán/phát hiện hoặc điều trị/phẫu thuật một hay các bệnh/tình trạng: Tâm thần, động kinh, tự kỷ, phong; bị tàn phế/thương tật/khuyết tật hoặc thương tật vĩnh viễn/tỷ lệ tổn thương cơ thể từ 50% trở lên; mù 1 mắt trở lên; nghiện rượu/ma túy hoặc các chất kích thích khác; bị tạm giam, giam giữ hoặc tố tụng hình sự?	☐ Có ☐ Không

5.THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM (NTH)

(Áp dụng trong trường hợp NĐBH tử vong. Nếu không có chỉ định, BHBV sẽ bồi thường theo Luật thừa kế)

STT	**Họ tên NĐBH**	**Họ tên Người thụ hưởng**	**Số CMND/ Hộ chiếu//CCCD/GKS**	**Quan hệ với NĐBH**

Vui lòng kê khai đầy đủ các thông tin, không tẩy xóa khi điền vào YCBH này.
Chữ ký nháy của Bên mua bảo hiểm:

6. NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN

(*Áp dụng trong trường hợp NĐBH còn sống và chỉ định người khác nhận thay tiền bồi thường)*

Họ tên: ..... ……Số CMND/ Hộ chiếu/ CCCD: ……

Quan hệ với NĐBH: .....

7. CAM KẾT

Bằng việc ký/xác nhận tại YCBH này, Tôi/Chúng tôi (BMBH, NĐBH/Người đại diện theo pháp luật của NĐBH) cam kết:

- Tôi/Chúng tôi có nhu cầu tham gia sản phẩm bảo hiểm này một cách tự nguyện, đã nhận được bộ tài liệu sản phẩm (bao gồm Quy tắc bảo hiểm, bảng quyền lợi bảo hiểm), đã được BHBV giải thích rõ ràng, đầy đủ. Tôi/ Chúng tôi đã đọc, hiểu rõ toàn bộ nội dung kê khai trong YCBH này cũng như các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền lợi, điều kiện, điều khoản, phí bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của các bên, các nội dung khác trong Quy tắc bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý với các Điều khoản và Điều kiện chung của BHBV về Bảo vệ và xử lý Dữ liệu cá nhân quy định tại website của BHBV: https://www.baoviet.com.vn/insurance/Tin-tuc/Tin-doanh-nghiep/DIEU-KHOAN-VA-DIEU-KIEN-CHUNG-VE-BAO-VE--VA-XU-LY-DU-LIEU-CA-NHAN/19/3722/MediaCenterDetail/, đồng thời cho phép BHBV thu thập, sử dụng, xử lý, lưu trữ các thông tin dữ liệu cá nhân do BMBH/NĐBH cung cấp và các thông tin dữ liệu cá nhân có liên quan để phục vụ trong quá trình thực hiện HĐBH, cũng như phục vụ yêu cầu cung cấp thông tin trong các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.
-Tôi/Chúng tôi xin cam đoan những kê khai trên là đầy đủ, đúng sự thật và sẽ thông báo ngay cho BHBV về bất kỳ sự thay đổi nào có liên quan đến các nội dung đã kê khai. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng trường hợp tôi/chúng tôi kê khai hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ, không trung thực hoặc không chính xác, BHBV có toàn quyền giảm trách nhiệm một phần hoặc toàn bộ đối với khiếu nại theo HĐBH hoặc hủy bỏ HĐBH. Tôi/Chúng tôi ủy quyền cho BHBV hoặc người đại diện của BHBV được quyền thay mặt NĐBH tiếp cận với bên thứ ba bao gồm nhưng không giới hạn ở các nhân viên y tế, bác sỹ để thu thập các thông tin cần thiết trong việc đánh giá tình trạng sức khỏe và điều trị bệnh tật, tai nạn của NĐBH.
-Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng việc kê khai chính xác YCBH này và việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm theo quy định của BHBV cùng với việc thông báo sự kiện bảo hiểm kịp thời cho BHBV sẽ là cơ sở để thực hiện HĐBH, đồng thời đồng ý áp dụng các nội dung theo quy định tại HĐBH/Quy tắc bảo hiểm.

……., ngày….tháng….năm…..

Bên mua bảo hiểm *(ký và ghi rõ họ tên)*	***Người được bảo hiểm(*)*** *(ký và ghi rõ họ tên theo thứ tự)*	
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

(*)Đối với NĐBH dưới 18 tuổi, bố/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của NĐBH ký thay, ghi rõ quan hệ với NĐBH dưới chữ ký.

Phần dành cho Đại lý:

(cam kết, ký và ghi rõ họ tên)

☐ *Tôi cam kết đã cung cấp cho BMBH quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và tư vấn, hướng dẫn BMBH đầy đủ những nội dung trong YCBH này. BMBH đã hiểu rõ, tự kê khai và ký xác nhận vào YCBH này.*

Tên Đại lý:	Mã Đại lý:
Phòng BH: Công ty BH:	Chữ ký:

Vui lòng kê khai đầy đủ các thông tin, không tẩy xóa khi điền vào YCBH này.

Chữ ký nháy của Bên mua bảo hiểm: