

ELITE CARE 개인/가족고객 가입신청서
ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA BẢO HIỂM CÁ NHÂN/GIA ĐÌNH

I. 신청인정보/ THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐĂNG KÝ BẢO HIỂM

성명/ Tên:	Kim Han Guk
전화번호/ Điện thoại liên hệ:	24 - 4458 - 1836
주소/ Địa chỉ:	Central 3-02-0T02, Vinhomes, Central Park
이메일/ Địa chỉ email:	my @ healthcare 24. co.kr
직업/ Nghề nghiệp:	office worker

II. 피보험자 상세정보/ THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

구분	피보험자1 Người được bảo hiểm	피보험자2 Người được bảo hiểm	피보험자3 Người được bảo hiểm	피보험자4 Người được bảo hiểm
성명/ Họ & tên	Kim Hanguk	Kim Sarang	Kim Woori	Kim Nara
관계/ Mỗi quan hệ	myself	spouse	son	daughter
국적/ Quốc tịch	Korea	Korea	Korea	Korea
여권번호/ Số hộ chiếu,	N123456	N234567	N345678	N456789
생년월일/ Ngày sinh	27-12-1980	14-07-1982	17-09-2009	22-01-2012
성별/ Giới tính	M	F	M	F
피보험자 직업/ Nghề nghiệp người được bảo hiểm	office worker	house wife	student	student
희망 보험개시일/ Ngày bắt đầu hiệu lực mong muốn	01-09-2018	01-09-2018	01-09-2018	01-09-2018

작성된 신청서는 이메일 (my@healthcare24.co.kr) 혹은 플러스친구 (@헬스케어24) 를 통해 사진으로 보내주시기 바랍니다.
 신청서 원본은 당사 직원이 방문하여 수거하니, 잘 보관하여 주시기 바랍니다.

III. 보장내용 및 옵션사항/ LỰA CHỌN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM [아래 옵션에 O 표시로 선택해 주세요]
기본보장 (필수사항) / CƠ BẢN

BASIC PLAN	피보험자1 Người được bảo hiểm	피보험자2 Người được bảo hiểm	피보험자3 Người được bảo hiểm	피보험자4 Người được bảo hiểm
기본플랜: 입원&외래/ Nội&Ngoại trú	Ⓟ / P2 P3 / P4	Ⓟ / P2 P3 / P4	Ⓟ / P2 P3 / P4	Ⓟ / P2 P3 / P4
My플랜: 입원&외래 선택 (예: IP1&OP2, IP2&OP1)				

선택보장 (추가 선택을 원할 경우만 기입, 필수사항 아님) / BỔ SUNG

OPTIONAL PLAN	피보험자1 Người được bảo hiểm	피보험자2 Người được bảo hiểm	피보험자3 Người được bảo hiểm	피보험자4 Người được bảo hiểm
1. 치과치료/ Chăm sóc nha khoa	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
2. 임신출산/ Thai sản	M1 / M2 M3 / M4	M1 / M2 M3 / M4	M1 / M2 M3 / M4	M1 / M2 M3 / M4
3. 질병사망 및 후유장애/ Tử vong do bệnh tật	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
보상한도/ Số tiền bảo hiểm (단위: 1,000 USD)	5 / 15 30 / 50	5 / 15 30 / 50	5 / 15 30 / 50	5 / 15 30 / 50
보장지역 범위/ Phạm vi bảo hiểm	베트남 / 전세계	베트남 / 전세계	베트남 / 전세계	베트남 / 전세계
4. 사고사망/ Tử vong do tai nạn	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
보상한도/ Số tiền bảo hiểm (단위: 1,000 USD)	30 / 150 300 / 500	30 / 150 300 / 500	30 / 150 300 / 500	30 / 150 300 / 500
보장지역 범위/ Phạm vi bảo hiểm	베트남 / 전세계	베트남 / 전세계	베트남 / 전세계	베트남 / 전세계

작성된 신청서는 이메일 (my@healthcare24.co.kr) 혹은 플러스친구 (@헬스케어24) 를 통해 사진으로 보내주시기 바랍니다.
신청서 원본은 당사 직원이 방문하여 수령하니, 잘 보관하여 주시기 바랍니다.

IV. 건강사항신고/ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

본 양식의 기입 관련 중요 공지사항/ Lưu ý về việc điền vào bản kê khai:

신청인이 본 신청서류에 기입한 질의사항에 대한 답변들은 발행될 보험증서의 기본 내용 및 작성절차에 이용 및 포함됩니다. 부정확한 정보의 기입은 추후 보험가입자 또는 피보험인들의 보상범위 및 보상금 지급이 불가할 수 있으므로, 반드시 정확하고 신뢰할 수 있는 정보를 기입해주시기 바랍니다.

Thông tin mà Người được Bảo hiểm kê khai trong giấy yêu cầu này sẽ là cơ sở của việc phát hành đơn bảo hiểm và sẽ là một phần cấu thành của hợp đồng. Thông tin kê khai phải được khai báo trung thực, chính xác và đầy đủ nếu không sẽ có thể ảnh hưởng đến quyền lợi bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường sau này..

1. 보험가입자 또는 기타 피보험 대상 가족 중 선천성, 후천성 신체적 결함 또는 장애가 있습니까?

예/CO: 아니오/KHÔNG:

Người được Bảo hiểm và/hoặc các thành viên trong gia đình Người được Bảo hiểm có bị bệnh bẩm sinh hay dị tật /khiếm khuyết bẩm sinh/ không

2. 지난 5년 간, 보험가입자 또는 기타 피보험 대상 가족 중 외과 수술을 받았거나, 병원, 요양원 혹은 보호시설 또는 기타 의료시설에서 감호, 치료를 받거나; 혹은 피보험 대상 인원 중 다음 12개월 이내에 병원 치료가 필요한 상황이거나; 혹은 현재 약을 복용 중이거나 의료적 치료를 받고 있습니까?

예/CO: 아니오/KHÔNG:

Trong 05 năm qua, Người được Bảo hiểm và/hoặc bất kỳ thành viên trong gia đình Người được Bảo hiểm có bất kỳ phẫu thuật, bị ốm nằm hoặc điều trị tại bệnh viện, viện điều dưỡng hoặc cơ sở y tế khác; hoặc có bất kỳ người nào trong số những người sẽ tham gia bảo hiểm biết được về bất kỳ tình trạng sức khoẻ nào của mình cần phải điều trị tại bệnh viện trong mười hai tháng tới hoặc đang uống thuốc, đang điều trị dưới bất kì hình thức nào tại thời điểm hiện tại?

3. 지난 5년 간, 보험가입자 또는 피보험 대상 가족 중 아래 항목의 질병을 앓았거나 관련 치료를 받은 경험이 있습니까? Trong 05 năm qua, Người được Bảo hiểm và/hoặc các thành viên trong gia đình Người được Bảo hiểm từng bị hoặc được điều trị các bệnh sau:

결핵, 당뇨병, 간염, 폐.심장질환, 뇌졸중, 정맥류, 혈압, 쓸개 및 담낭, 신장, 췌장 혹은 성병관련 질병, 암 혹은 종양, 성장 호르몬 장애, 파킨슨 혹은 정신질환, 골수, 조혈관련 질병, 황달, 위염, 부비강염, 치질, 전립선, 갑상선습진, 낭종, 습진, 천식, 비뇨 생식기계, 뼈, 관절, 근육마비, 디스크, 혈액순환 장애

예/CO: 아니오/KHÔNG:

Bệnh lao, tiểu đường, bệnh gan, phổi, bệnh tim mạch, đột quy, giãn tĩnh mạch, huyết áp, mật, thận, tụy, hoặc bệnh hoa liễu, ung thư hoặc u bướu, rối loạn hooc môn sinh trưởng, parkison, chứng động kinh, tâm thần, tủy xương, các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu, bệnh vàng da, viêm dạ dày, viêm xoang, bệnh trĩ, tuyến tiền liệt, tuyến giáp, eczema, u nang, bệnh hen, mỡ máu, rối loạn tuần hoàn, rối loạn đường ruột, xương, khớp cơ, tê liệt, thoát vị đĩa đệm?

4. 보험가입자 또는 피보험 대상 가족 중 베트남 외 지역에 거주하는 사람이 있습니까?

예/CO: 아니오/KHÔNG:

Có người được bảo hiểm và / hoặc trong số người thân trong gia đình của người được bảo hiểm có ai đang cư trú ngoài vùng Việt Nam không?

작성된 신청서는 이메일 (my@healthcare24.co.kr) 혹은 플러스친구 (@헬스케어24) 를 통해 사진으로 보내주시기 바랍니다.

신청서 원본은 당사 직원이 방문하여 수거하니, 잘 보관하여 주시기 바랍니다.

위 질의 항목 중 하나라도 YES에 체크한 항목이 있으실 경우에는 질병을 앓았거나, 현재 질병을 앓고 계시는 피보험인 관련 추가 상세정보를 제공하여 주시고, 치료를 위해 의료기관에 방문한 횟수 및 현재 건강상태에 대한 정보를 알려주시기 바랍니다./ Nếu có bất kỳ câu trả lời nào là CÓ, anh chị vui lòng cung cấp thêm thông tin chi tiết về người mắc bệnh đó và cung cấp thông tin về số lần đến các cơ sở y tế để điều trị, thông tin về tình trạng sức khỏe hiện tại.

.....

주치의 성명과 연락 상세정보/ Tên và thông tin chi tiết liên hệ của bác sĩ điều trị


전화번호/ Số điện thoại di động: _____

본 신청 서류에 서명 후 회신하여 주시기 바라며, 보장 내용의 승인 이전에 먼저 보험료 전액을 보험회사 혹은 공인된 대리점/대리인에게 납부하여 주시기 바랍니다.

Anh chị vui lòng ký tên, gửi lại giấy này và thanh toán đầy đủ phí bảo hiểm cho công ty bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của công ty bảo hiểm trước ngày bảo hiểm có hiệu lực

선서: 신청인 본인과 본 신청 서류에 가입된 피보험인들은 보험증권의 등록을 신청합니다. 신청인 본인은 신청 서류에 기입한 정보가 정확한 사실임을 분명히 선언하며, 모든 피보험인을 대표하여, 모든 보험 혜택과 제외조항들을 포함하나 국한됨이 없는, 보험증권의 조건들을 완전히 이해하였음을 인정합니다. 또한 신청인 본인은 본 선서와 본 신청 서류에 기입한 정보가 보험 계약서 발행의 기본 정보로 사용됨을 동의합니다.

Cam kết: Qua giấy này, tôi và những người đăng ký bảo hiểm được liệt kê ở trên đồng ý tham gia chương trình bảo hiểm nêu trên. Tôi cam kết những thông tin được kê khai trong tờ đơn này là sự thật. Tôi, thay mặt cho tất cả mọi người được bảo hiểm nêu trên, xác nhận rằng chúng tôi hiểu rõ các điều khoản và điều kiện của chương trình bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn cho tất cả các quyền lợi và các điểm loại trừ. Tôi đồng ý rằng các thông tin và những điều tôi khai báo trong giấy này sẽ là cơ sở để công ty bảo hiểm phát hành hợp đồng bảo hiểm.

날짜/ Ngày : 27-08-2018	권유인 코드	
신청인 성명 및 서명 Chữ ký và họ tên của người đăng ký bảo hiểm (vì quyền lợi của tất cả những người được bảo hiểm nêu trên) Kim HanGuk 	수령인 평가 / Đánh giá của cán bộ tiếp nhận - 보장내용에 동의함/ Đồng ý nội dung bảo lãnh <input type="checkbox"/> - 보장내용에 동의하나, 수정조항을 포함함 <input type="checkbox"/> Đồng ý nội dung bảo lãnh, bao gồm điều khoản điều chỉnh 제공 수정조항/ Đề xuất điều chỉnh : 수령인 성명 및 서명/ Chữ ký và họ tên của cán bộ tiếp nhận	