



V. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG

30. Sản phẩm chính:		32. Số tiền bảo hiểm:đồng		33. Định kỳ đóng phí: <input type="checkbox"/> Năm <input type="checkbox"/> Nửa năm <input type="checkbox"/> Quý <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Đóng phí một lần		34. Phí BH sản phẩm chính:đồng	
31. Mã sản phẩm:		35. <input type="checkbox"/> Thời hạn đóng phí:năm <input type="checkbox"/> Thời hạn hợp đồng:năm <input type="checkbox"/> Tuổi đáo hạn:tuổi					
36. Sản phẩm bổ trợ:		Tai nạn cá nhân dành cho trẻ em (R02)	Hỗ trợ viện phí cá nhân (R04)	Từ bỏ thu phí (R06)	Tai nạn cá nhân nâng cao (R07)	Khác:	Khác:
Người được BH	Số tiền BH						
	Phí BH						
	Số tiền BH						
	Phí BH						
	Số tiền BH						
	Phí BH						
	Số tiền BH						
	Phí BH						
	Số tiền BH						
	Phí BH						
	Số tiền BH						
	Phí BH						
37. Tổng phí BH sản phẩm bổ trợ: _____ đồng				38. Tổng phí BH của hợp đồng: _____ đồng			
39. Phương thức đóng phí: <input type="checkbox"/> Tiền mặt/chi phiếu <input type="checkbox"/> Chuyển khoản <input type="checkbox"/> ATM/Thẻ tín dụng <input type="checkbox"/> Trích tiền tự động từ tài khoản ngân hàng				40. Lãi/Cổ tức: <input type="checkbox"/> Trả tiền mặt <input type="checkbox"/> Để lại công ty tích lãi <input type="checkbox"/> Đóng phí bảo hiểm			

VI. THÔNG TIN KHÁC

41. Ông/bà có đang được bảo hiểm hay đang yêu cầu bảo hiểm ở công ty bảo hiểm khác không? Có Không
Nếu có, vui lòng trả lời chi tiết phần bên dưới:

Người được bảo hiểm:

Tên công ty	Sản phẩm chính	Số tiền BH	Sản phẩm bổ trợ	Ngày hiệu lực HĐ

Bên mua bảo hiểm:

Tên công ty	Sản phẩm chính	Số tiền BH	Sản phẩm bổ trợ	Ngày hiệu lực HĐ

	Người được BH	Bên mua BH
	Có Không Trả lời chi tiết	Có Không Trả lời chi tiết
42. Ông/Bà có dự định thay đổi nghề nghiệp hoặc quốc gia thường trú không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43. Ông/Bà đã bị từ chối khi mua bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm y tế hoặc được chào bán với quyền lợi bảo hiểm bị hạn chế hoặc mức phí bảo hiểm cao hơn không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44. Ông/Bà có tham gia bay cá nhân, lặn hoặc các môn thể thao nguy hiểm (ví dụ leo núi, đua xe, đua ngựa, lặn, nhảy dù, săn bắn), các cuộc đua hoặc bay khác với hành khách mua vé theo lịch bay thông thường của hãng hàng không? Nếu có, đề nghị trả lời bảng câu hỏi thích hợp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45. Ông bà có hồ sơ đang chờ hay đã giải quyết quyền lợi bảo hiểm ở công ty bảo hiểm nào không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



01A000000012

VII. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Trong gia đình của Ông/Bà (cha, mẹ và anh/chị/em) có những ai đang mắc bệnh hoặc tử vong do: ung thư, mất trí nhớ, bệnh tiểu đường, đột quỵ, bệnh tim mạch, cao huyết áp, bệnh thận, bệnh thần kinh vận động hoặc bệnh Parkinson (Nếu có, xin trả lời tuổi mắc bệnh và chẩn đoán)

	Quan hệ	Triệu chứng bệnh	Tuổi	
			Còn sống	Tử vong
Bên mua bảo hiểm	Cha			
	Mẹ			
	Anh/Chị/Em			
Người được bảo hiểm	Cha			
	Mẹ			
	Anh/Chị/Em			

VIII. BẢNG CHỨNG Y TẾ

Người được bảo hiểm	Bên mua bảo hiểm			
46. Chiều cao (cm) Cân nặng (kg) 47. Trong vòng 6 tháng vừa qua người được bảo hiểm có thăm khám hay điều trị ở Bệnh viện hay cơ sở y tế nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có xin trả lời chi tiết ở trang sau	48. Chiều cao (cm) Cân nặng (kg) 49. Trong vòng 6 tháng vừa qua bên mua bảo hiểm có thăm khám hay điều trị ở Bệnh viện hay cơ sở y tế nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có xin trả lời chi tiết ở trang sau			
Ông/Bà đã khi nào nằm viện hoặc điều trị hoặc được thông báo mắc bệnh hoặc có các rối loạn sau đây:	Người được BH	Bên mua BH		
	Có	Không	Có	Không
50. Đau ngực, cảm giác đánh trống ngực, cao huyết áp, sốt thấp khớp, âm thổi tim, bệnh van tim, cơn đau thắt ngực, bệnh mạch vành, loạn nhịp tim, khó thở, suy tim, thiếu năng tuần hoàn, dị dạng mạch máu, dẫn tĩnh mạch, hoặc các rối loạn tim khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Rối loạn hô hấp, khó thở, ho ra máu, giọng khàn hoặc ho kéo dài trên 1 tháng, viêm phế quản co thắt, viêm màng phổi, hen suyễn, bệnh khí phế thũng, bụi phổi, xơ hóa hoặc lao phổi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Vàng da, bệnh viêm gan siêu vi B, siêu vi C, viêm gan mãn, xơ gan, sỏi mật, gan to, cổ trướng, loét đường tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa, viêm tụy, viêm kết tràng, khó tiêu thường xuyên, khó nuốt, hoặc rối loạn tại dạ dày, ruột, gan hoặc túi mật?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Tiểu có đường, albumin, máu hoặc mù, bí tiểu, phù, sỏi thận, suy thận, viêm vi cầu thận, hội chứng thận hư, rối loạn kinh nguyệt hoặc các rối loạn khác tại thận, bàng quang, tiền liệt tuyến hoặc cơ quan sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Rối loạn thị giác, thính giác, chóng mặt, co giật, động kinh, đau đầu kéo dài, chấn thương vùng đầu, khiếm khuyết phát âm, liệt, teo cơ hoặc đột quỵ, sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần hoặc thần kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Bệnh tiểu đường, sốt kéo dài trên 1 tuần, các rối loạn tuyến giáp và các tuyến nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Dị dạng, tàn tật hoặc phẫu thuật cắt bỏ chi; rối loạn tại cột sống, lưng, cổ, khớp, cơ bắp, xương, dây thần kinh như viêm dây thần kinh, viêm tủy sống, viêm não, thần kinh tọa, thấp khớp, viêm khớp, bệnh lao các cơ quan hoặc bệnh Gút?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ung thư, u, u nang, nốt hạch cổ, hạch góc hàm, hạch nách, hạch thượng đòn, nhiễm độc hóa chất, hoặc các rối loạn của da hoặc các tuyến bạch huyết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Bệnh bẩm sinh, bệnh tự miễn (vd: bệnh lupus ban đỏ hệ thống), thiếu máu, bệnh bạch cầu, ưa chảy máu hoặc các bệnh về máu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Bệnh hoa liễu, AIDS, các tình trạng hoặc phức hợp dấu hiệu liên quan đến AIDS? Ông/Bà đã thử máu kiểm tra vi rút HIV chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Trong vòng 5 năm trở lại đây, Ông/Bà đã có làm xét nghiệm chẩn đoán như X-quang, siêu âm, điện tâm đồ, thử máu, sinh thiết? Hoặc phẫu thuật, khám y khoa, điều trị tại bệnh viện nhưng chưa được nêu ở phần trên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Sử dụng rượu/bia, dùng ma túy hoặc các chất gây nghiện? Nêu chi tiết nếu uống trên 285ml bia hoặc 1ly rượu/ngày.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Ông/Bà có hút thuốc không? Nếu có thì hút bao nhiêu điếu /ngày, trong bao nhiêu năm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Hiện tại Ông/Bà có dùng thuốc điều trị gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Trọng lượng của Ông/Bà có thay đổi hơn 5 kg trong năm qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



65. Có đang mang thai không? Nếu có cho biết ngày dự sinh:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Phần thông tin bổ sung đối với Người được bảo hiểm dưới 6 tuổi:				-----
a. Trẻ có sinh non không?				
b. Cân nặng lúc sinh (kg).....; Số ngày nằm viện sau sinh Nếu nằm viện trên 5 ngày, cho biết lý do ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Trẻ có khó sinh, biến dạng các chi bẩm sinh, “tím tái”, chậm phát triển tâm thần hoặc hội chứng Đào (Down)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Có anh chị em song sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

VỚI CÁC CÂU TRẢ LỜI “CÓ”, ĐỀ NGHỊ TRẢ LỜI CHI TIẾT DƯỚI ĐÂY: (ghi số câu hỏi, tình trạng bệnh, ngày, thời gian và kết quả điều trị, họ tên và địa chỉ của bác sĩ, bệnh viện và phòng khám)	
Người được BH	Bên mua BH

Thông tin về bằng chứng y tế của Người phụ thuộc: (nếu có Người phụ thuộc)
Vui lòng trả lời từ câu 42 đến câu 66. Với các câu trả lời “có”, đề nghị trả lời chi tiết:

.....

.....

.....

.....

.....

CAM KẾT: (vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

Tôi/ chúng tôi cam kết rằng tất cả nội dung được đề cập ở đây và bất kỳ bổ sung nào đính kèm theo đây và cấu thành một phần của Hợp đồng bảo hiểm là đúng sự thật theo sự tin tưởng và hiểu biết tốt nhất của tôi/ chúng tôi để Công ty phát hành Hợp đồng bảo hiểm. Tôi/ chúng tôi đồng ý thông báo cho Công ty bất kỳ sự thay đổi nào về lời khai và các câu trả lời trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này trước khi nhận Hợp đồng bảo hiểm.

Trách nhiệm bảo hiểm phát sinh khi và chỉ khi 1/ Hợp đồng bảo hiểm được phát hành, 2/ Bên mua bảo hiểm nộp khoản phí bảo hiểm đầu tiên, 3/ Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận.

Tôi/ chúng tôi biết rằng bất kỳ sự kê khai, tuyên bố gian lận nào hoặc cố tình gây nhầm lẫn nào hoặc bất kỳ sự khai báo sai nghiêm trọng nào trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này có thể dẫn đến hậu quả không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm cũng như chịu trách nhiệm trước pháp luật.

Tôi/ chúng tôi cho phép bất kỳ bác sĩ, y tế, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, nhà tâm lý học, bác sĩ trị liệu, bác sĩ trị liệu vật lý, bệnh viện, nhà dưỡng lão, cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần, trung tâm chăm sóc điều dưỡng, chăm sóc y tế, phòng thí nghiệm, dược phẩm, cơ sở điều trị, hoặc cơ sở liên quan đến y tế, đặc biệt bao gồm cả những người / tổ chức được liệt kê ở trên, cung cấp hoặc tiết lộ toàn bộ hồ sơ bệnh án và bất kỳ thông tin y tế được bảo mật nào liên quan đến tôi/ chúng tôi đến Công ty, đại lý, nhân viên, nhà cung cấp hoặc người đại diện của Công ty. Bất kỳ và tất cả hồ sơ và thông tin liên quan đến chẩn đoán, xét nghiệm, điều trị, và tiên lượng về tình trạng thể chất hoặc tinh thần của tôi/ chúng tôi sẽ được phép tiết lộ. Điều này bao gồm thông tin về chẩn đoán hoặc điều trị nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Điều này cũng bao gồm thông tin về chẩn đoán và điều trị bệnh tâm thần và việc sử dụng rượu, thuốc và thuốc lá.



Thông tin sức khỏe được bảo mật này sẽ được tiết lộ theo sự ủy quyền này để Công ty có thể:

- 1 / thẩm định hồ sơ bảo hiểm, đưa ra điều kiện, đánh giá rủi ro và quyết định phát hành Hợp đồng bảo hiểm;
- 2 / nhận tái bảo hiểm;
- 3 / giải quyết bồi thường bảo hiểm, giải quyết khiếu nại và xác định hoặc thực hiện trách nhiệm bảo hiểm và chi trả bồi thường;
- 4 / tiến hành các hoạt động hợp pháp khác có liên quan đến bất kỳ khoản bảo hiểm nào tôi/ chúng tôi có hoặc đã nộp đơn cho Công ty.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi/ chúng tôi chấm dứt bất kỳ thỏa thuận nào tôi/ chúng tôi đã thực hiện để hạn chế thông tin y tế được bảo mật của tôi/ chúng tôi và tôi/ chúng tôi hướng dẫn bác sĩ, chuyên gia y tế, bệnh viện, phòng khám, cơ sở y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác tiết lộ toàn bộ hồ sơ bệnh án của tôi/ chúng tôi cho Công ty mà không bị bất kỳ sự hạn chế nào.

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây: thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.

Tôi/ chúng tôi đã đọc kỹ, hiểu rõ tất cả nội dung và câu hỏi trên.

Chữ ký Bên mua BH

Chữ ký Người được BH

(Chữ ký của cha/mẹ hoặc người giám hộ nếu Người được BH dưới 18 tuổi)

Họ tên:
(viết chữ thường)

Họ tên:
(viết chữ thường):

Chữ ký Người phụ thuộc*(nếu có Người phụ thuộc)*

Họ tên:..... Họ tên: Họ tên:

Chữ ký Người làm chứng*(Tôi xác nhận các chữ ký trên là của Bên mua BH, Người được BH, và (các) Người phụ thuộc, được ký tại thời điểm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người phụ thuộc có năng lực hành vi dân sự phù hợp theo quy định của pháp luật và trước sự có mặt của tôi)*

Họ tên: Số CMND/Mã đại lý:
(viết chữ thường) Địa chỉ: Điện thoại:.....
Ký tại..... ngày / /