

I. Thông tin Bên mua bảo hiểm * Vui lòng đánh dấu vào ô trống

Họ tên: _____

Ngày sinh: / / Giới tính: Nam Nữ

Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn Chưa kết hôn **Quốc tịch:** Việt Nam Mỹ Khác: _____

Loại giấy tờ tùy thân: Giấy chứng minh nhân dân Hộ chiếu Khác, ghi rõ: _____

Số: _____

Địa chỉ Bên mua bảo hiểm:

Địa chỉ thường trú:

Số nhà/ Đường: _____ Phường/ Xã: _____

Quận/ Huyện: _____ Thành phố/ Tỉnh: _____

Địa chỉ gửi thư liên hệ: Như địa chỉ ở trên Địa chỉ khác ghi rõ dưới đây.

Số nhà/ Đường: _____ Phường/ Xã: _____

Quận/ Huyện: _____ Thành phố/ Tỉnh: _____

Điện thoại cố định: _____ Điện thoại di động: _____

Email: _____

Thông tin nghề nghiệp:

Tên công ty: _____ Địa chỉ công ty: _____

Chức vụ: _____ Chi tiết nội dung công việc: _____

Chiều cao: _____ Cm Cân nặng: _____ Kg

II. Thông tin Người được bảo hiểm (Đánh dấu vào ô trống trong trường hợp là Bên mua Bảo hiểm)

Họ tên: _____

Ngày sinh: / / Giới tính: Nam Nữ

Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn Chưa kết hôn **Quốc tịch:** Việt Nam Mỹ Khác: _____

Loại giấy tờ tùy thân: Giấy chứng minh nhân dân Hộ chiếu Khác, ghi rõ: _____

Số: _____

Mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm: _____

Địa chỉ Người được bảo hiểm:

Địa chỉ thường trú:

Số nhà/ Đường: _____ Phường/ Xã: _____

Quận/ Huyện: _____ Thành phố/ Tỉnh: _____

Địa chỉ gửi thư liên hệ: Như địa chỉ ở trên Địa chỉ khác ghi rõ dưới đây.

Số nhà/ Đường: _____ Phường/ Xã: _____

Quận/ Huyện: _____ Thành phố/ Tỉnh: _____

Điện thoại cố định: _____ Điện thoại di động: _____

Email: _____

Thông tin nghề nghiệp:

Tên công ty: _____ Địa chỉ công ty: _____

Chức vụ: _____ Chi tiết nội dung công việc: _____

Chiều cao: _____ Cm Cân nặng: _____ Kg

III. Nội dung bảo hiểm * Đơn vị tiền tệ được sử dụng trong bộ hợp đồng là Việt Nam Đồng

Loại sản phẩm	Tên sản phẩm bảo hiểm	Thời hạn bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm
Sản phẩm chính		_____ tuổi / năm	_____ VNĐ
Sản phẩm bổ trợ	Phúc Bảo Bổ Trợ Tử Kỳ Do Tai Nạn	Căn cứ theo điều khoản của sản phẩm bảo hiểm	_____ VNĐ
	Phúc Bảo Bổ Trợ Tử Kỳ	_____ năm	_____ VNĐ
	Phúc Bảo Bổ Trợ Nằm Viện Do Tai Nạn	_____ năm	_____ VNĐ
	Phúc Bảo Bổ Trợ Nằm Viện và Phẫu thuật	_____ năm	_____ VNĐ
	Phúc Bảo Bổ Trợ Bệnh Hiếm Nghèo	_____ năm	_____ VNĐ

Định kỳ đóng phí Hàng năm Nửa năm Hàng quý Hàng tháng Đóng phí một lần

Nếu thời gian đóng phí của sản phẩm chính kết thúc trong khi đó thời gian đóng phí của sản phẩm bổ trợ vẫn còn tiếp tục thì định kỳ đóng phí của (các) sản phẩm bổ trợ sẽ tự động chuyển sang định kỳ đóng phí hàng năm.

IV. Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm (Vui lòng chỉ định rõ ràng, không để trống)

Quyền lợi			Họ tên	Ngày sinh	Giới tính	Giấy tờ tùy thân		Quan hệ với Người được bảo hiểm	% Tỷ lệ thụ hưởng	Thứ tự ưu tiên
Tử vong	Sinh kỳ	Đào hạn / Trường thọ				Loại giấy tờ	Số			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

V. Quá trình tham gia bảo hiểm

 Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm đã từng mua bảo hiểm hoặc trong thời gian khôi phục hiệu lực hợp đồng, bị từ chối, hoặc bị tăng mức phí bảo hiểm, bị bảo hiểm có điều kiện hay không? Có Không

 Nếu Có, là: Người được bảo hiểm, lý do: _____ Bên mua bảo hiểm, lý do: _____

 Ngoài hồ sơ này ra, Người được bảo hiểm đã có hoặc đang tham gia bảo hiểm nhân thọ với vai trò là Người được bảo hiểm tại bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác hay không? Có Không

Nếu Có, xin ghi rõ thông tin vào bảng dưới đây:

Thời gian bắt đầu mua bảo hiểm	Tên công ty bảo hiểm	Tên sản phẩm bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm			
VI. Tình trạng sức khỏe * Vui lòng đánh dấu vào ô trống <input type="checkbox"/> Bắt buộc phải tích chọn thông tin Bên mua bảo hiểm khi tham gia sản phẩm Phúc Bảo Thành Đạt			Người được bảo hiểm		Bên mua bảo hiểm	
			Có	Không	Có	Không
01. Trong vòng hai (02) năm gần đây đã có lần nào đi khám sức khỏe phát hiện thấy tình trạng không bình thường mà được khuyên nên khám ở hình thức khác hoặc khuyên điều trị không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Trong hai (02) tháng gần đây đã có lần nào bị thương hoặc mắc bệnh phải chịu sự điều trị, thăm khám của bác sĩ hoặc phải uống thuốc không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Trong năm (05) năm gần đây đã có lần nào bị thương hoặc mắc bệnh phải nhập viện kiểm tra, điều trị từ bảy (07) ngày trở lên không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Trong năm (05) năm gần đây có mắc một trong các loại bệnh nào dưới đây phải chịu sự điều trị, thăm khám của bác sĩ hoặc phải uống thuốc không?						
A. Cao huyết áp (chỉ áp suất tâm thu 140mm trở lên hoặc áp suất tâm trương 90mm trở lên), chứng đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, thoái hóa cơ tim, viêm màng trong tim, bệnh tim phong thấp tính, bệnh tim bẩm sinh, u động mạch chủ, bệnh van màng tim (van hẹp, đóng không khít, dị dạng) hoặc phẫu thuật về tim mạch, nhịp tim không đều (lúc đập quá nhanh hoặc lúc đập quá chậm)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Đột quy (xuất huyết não, tai biến mạch máu não), u não, u động mạch não, động tĩnh mạch não dị dạng, chứng đa xơ cứng, bệnh về tủy sống, teo cơ, động kinh, suy nhược cơ năng, thiếu máu não tạm thời, chứng Parkinson, bệnh thần kinh, viêm não, viêm màng não, tràn dịch não?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Tràn khí phổi, giãn khí quản, các bệnh liên quan do hít phải quá nhiều khí bụi, lao phổi, hen suyễn, mưng mủ phổi, nghẽn mạch phổi, viêm phổi, viêm khí quản, chứng sung màng phổi, tức ngực, ho ra máu?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Viêm gan, sỏi gan, xơ gan, chức năng gan bất thường (bất thường so với các chỉ số trong giới hạn bình thường khi kiểm tra sức khỏe), viêm gan siêu vi, mưng mủ gan, bệnh vàng da, gan hoặc lá lách phù nề? Thực quản, dạ dày, trực tràng viêm loét hoặc xuất huyết, viêm loét đại tràng, viêm tụy? Viêm dạ dày, sỏi mật, viêm túi mật, trĩ, đại tiện ra máu, hội chứng ruột bị kích thích?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Viêm thận, hội chứng bệnh thận, chức năng thận không tốt, nhiễm độc nước tiểu, u nang thận?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Các bệnh về võng mạc, xuất huyết hoặc bong tróc, các bệnh về dây thần kinh thị giác, tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể? Phát ban đỏ, các bệnh về thiếu hụt chất đạm (protein-collagen) ở mô liên kết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Tình trạng sức khỏe (tiếp) * Vui lòng đánh dấu vào ô trống <input type="checkbox"/> <i>Bắt buộc phải tích chọn thông tin Bên mua bảo hiểm khi tham gia sản phẩm Phúc Bảo Thành Đạt</i>	Người được bảo hiểm		Bên mua bảo hiểm	
	Có	Không	Có	Không
G. Ung thư (có khối u ác tính), u đại tràng? Bệnh gout, mỡ trong máu cao? Bướu cổ, chứng đậu tằm (chứng thiếu máu G6DP), giãn tĩnh mạch, u lành tính? Bệnh ưa chảy máu, bệnh máu trắng, thiếu máu (thiếu máu do không thể tái tạo, thiếu máu vùng biển thể nặng (thiếu máu cooley), phát ban tím?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Tiểu đường, viêm khớp dạng thấp, bệnh to tứ chi, chức năng tuyến yên rối loạn hoặc suy giảm, chức năng tuyến giáp rối loạn hoặc suy giảm, chức năng tuyến thượng thận rối loạn hoặc suy giảm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS hoặc HIV) dương tính? Quá lạm dụng rượu hoặc ma túy, các chất gây nghiện (không bao gồm các chất kích thích thông thường như cà phê, chè, thuốc lá...) dẫn đến nghiện, hay chóng mặt, đầu óc quay cuồng, chân tay tê mỏi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Chứng nhìn nhân đôi, các bệnh về giác mạc, viêm màng mạch nhỏ, hoa mắt, tràn nội dịch, viêm dây thần kinh tiền đình, viêm tai giữa, viêm đầu vú, viêm xoang, cong vách ngăn mũi, hạch trong mũi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Sỏi đường tiết niệu, viêm đường tiết niệu, tiểu ra chất đạm (protein), tiểu ra máu, viêm khung xương chậu, trương / viêm tuyến tiền liệt, thoát vị, âm đạo chảy máu bất thường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Gãy xương, viêm khớp, thoát vị đĩa đệm, đau dây thần kinh tọa, phải lấp thêm thiết bị nhân tạo, sa tử cung, bệnh tê liệt dây thần kinh vận động, co thắt, sơ cứng da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Hiện nay cơ thể có dấu hiệu trí não chậm phát triển (nhưng nhìn bề ngoài không thể biết được) hoặc bị mù, điếc và lời nói, nhai nuốt, chức năng tứ chi không toàn vẹn (thiếu chi, liệt, dị dạng)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Đã từng mắc bệnh về mắt hoặc mắt bị tổn thương phải chịu sự điều trị, thăm khám của bác sĩ chuyên khoa mắt hoặc phải uống thuốc, thậm chí đã phải qua điều chỉnh thị lực, sau khi điều chỉnh thị lực một mắt đạt mức tốt nhất là dưới 0,3 theo Biểu đồ thị lực của Landolt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Đã từng mắc loại bệnh nào ở vùng tai hoặc bộ phận tai mũi họng phải chịu sự điều trị, thăm khám của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng hoặc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

phải uống thuốc, thậm chí mất khả năng nghe của một tai từ 50dB trở lên?				
08. Có thói quen mỗi ngày uống quá 120ml đồ uống có chất cồn không? Nếu có, xin trả lời những câu hỏi dưới đây: A. Loại đồ uống hay uống: <input type="checkbox"/> Bia <input type="checkbox"/> Rượu vang <input type="checkbox"/> Rượu Whisky <input type="checkbox"/> Rượu mạnh (nồng độ cồn trong rượu trên 60%) <input type="checkbox"/> Khác: _____ B. Tần suất uống _____ lần/ngày hoặc _____ lần/tuần, _____ ml / lần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Tình trạng sức khỏe (tiếp) * Vui lòng đánh dấu vào ô trống <input type="checkbox"/> Bắt buộc phải tích chọn thông tin Bên mua bảo hiểm khi tham gia sản phẩm Phúc Bảo Thành Đạt	Người được bảo hiểm		Bên mua bảo hiểm	
	Có	Không	Có	Không
09. Có thói quen mỗi ngày hút từ 20 điếu thuốc trở lên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Có đang uống bất kì loại thuốc chữa bệnh nào không? Nếu có, xin trả lời những câu hỏi dưới đây: A. Tên loại thuốc _____ B. Nguyên nhân sử dụng _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hiện có đang sử dụng ma túy không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bố mẹ, anh chị em có mắc hoặc bị tử vong vì các bệnh như ung thư, bệnh về tim mạch, cao huyết áp, tiểu đường, thần kinh, bệnh về máu hoặc các loại bệnh di truyền khác? Nếu có, xin trả lời những câu hỏi dưới đây: A. Quan hệ huyết thống: _____ B. Nguyên nhân mắc bệnh hoặc qua đời: _____ C. Năm qua đời (tuổi) _____ tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Người được bảo hiểm hoặc bên mua bảo hiểm là nữ giới, xin trả lời những câu dưới đây: A. Trong một năm trở lại đây có mắc bệnh viêm tuyến vú, chứng tiết nhiều sữa, vị trí nội mạc tử cung không bình thường, âm đạo chảy máu bất thường, phải chịu sự thăm khám, điều trị hoặc phải uống thuốc? B. Hiện có mang thai hay không? Nếu có, đã được mấy tuần rồi? _____ Tuần Lần gần đây nhất có kinh là ngày: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Người được bảo hiểm có phải là trẻ em từ 06 tuổi trở xuống không? Nếu Có, vui lòng trả lời những câu hỏi dưới đây: A. Hình thức sinh: <input type="checkbox"/> Sinh thường <input type="checkbox"/> Sinh mổ, vui lòng nói rõ nguyên nhân: _____ B. Số tuần mang thai: _____ tuần, cân nặng trẻ lúc mới sinh: _____ kg Nếu thời gian mang thai chưa đủ 37 tuần hoặc cân nặng trẻ em lúc mới sinh nhẹ hơn 2,5 kg, vui lòng điền thêm vào bảng điều tra sức khỏe trẻ em.				
Đối với những câu trả lời Có, đề nghị điền đầy đủ thông tin trong bảng dưới đây:				

	STT câu hỏi	Tên bệnh	Thời gian mắc bệnh	Tình hình điều trị (bao gồm tên bệnh viện; thời gian điều trị, quá trình điều trị)	Tình trạng hiện tại
Người được bảo hiểm					
Bên mua bảo hiểm					

VII. Mục bổ sung thông tin theo đạo luật FATCA

Vui lòng lựa chọn **Có/ Không** nếu Khách hàng là công dân Mỹ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Mỹ, hoặc có một trong các chỉ dấu sau:

- (1). Số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Mỹ (bao gồm thẻ xanh)
 - (2). Mã số thuế tại Mỹ
 - (3). Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc
 - (4). Thường xuyên yêu cầu chuyển tiền đến tài khoản thuộc ngân hàng trong lãnh thổ Mỹ
 - (5). Ủy quyền cho cá nhân có địa chỉ tại Mỹ hoặc địa chỉ nhờ chuyển thư hoặc nhận thư tại Mỹ
- Có Không

Xin vui lòng lưu ý trong trường hợp Khách hàng có phát sinh bất kỳ thay đổi nhân thân nào liên quan tới đạo luật FATCA, cần thông báo cho Công ty trong thời hạn 30 ngày. Ngoài ra, Khách hàng đồng ý để Công ty cung cấp thông tin của Khách hàng cho Cơ quan quản lý thuế vụ Mỹ nhằm phù hợp với các quy định của đạo luật này. Các thông tin được cung cấp sẽ bao gồm các thông tin liên quan tới hợp đồng bảo hiểm của Khách hàng.

VIII. Nhận thông tin hợp đồng

Tôi đồng ý nhận các thông báo liên quan đến việc đóng phí bảo hiểm hoặc việc chi trả các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến hợp đồng bảo hiểm qua tin nhắn điện thoại hoặc email Có Không

IX. Hoàn phí hợp đồng

Sau khi hợp đồng mới này có hiệu lực, nếu có phát sinh hoàn phí đề nghị Khách hàng lựa chọn rõ phương thức thanh toán như dưới đây. Nếu Quý khách không lựa chọn, Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ Fubon (sau đây gọi tắt là Công ty) sẽ chuyển vào kỳ phí tiếp theo (khoản này sẽ không được tính lãi).

- Chuyển vào kỳ phí tiếp theo Thanh toán bằng tiền mặt
 Chuyển vào tài khoản của Bên mua bảo hiểm.

Tên ngân hàng: _____

Chi nhánh: _____ Số tài khoản: _____

Nếu như thông tin ngân hàng viết sai do lỗi của Khách hàng, gây ra việc chuyển khoản sai, Bên mua bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm

***0501010**

X. Mục bổ sung của Khách hàng

XI. Mục Cam kết và Ủy quyền của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

(Xin vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

- Tôi/Chúng tôi xin cam đoan mọi thông tin được kê khai trong Đơn này cũng như bất cứ thông tin nào khác mà Tôi/Chúng tôi cung cấp cho Công ty là đầy đủ và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi, được đích thân Tôi/Chúng tôi ký tên xác nhận.
- Tôi/Chúng tôi cũng hiểu rằng, việc cố tình kê khai hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ, không trung thực hoặc không chính xác, làm ảnh hưởng tới việc đánh giá và chấp nhận bảo hiểm của Công ty, có thể làm Hợp đồng bảo hiểm đã được phát hành bị vô hiệu hoặc bị Công ty đơn phương đình chỉ thực hiện theo quy định pháp luật.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng Công ty sẽ chịu trách nhiệm bảo mật các thông tin cá nhân do Tôi/Chúng tôi cung cấp trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này. Đồng thời Tôi/Chúng tôi cũng đồng ý rằng Công ty được phép cung cấp các thông tin liên quan tới hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ của Tôi/Chúng tôi trong trường hợp 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 cho 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, hoặc các mục đích khác sau khi được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý.

XII. Địa điểm và Ngày ký kết đơn yêu cầu bảo hiểm Ký tại _____ Ngày / /

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Chữ ký Người được bảo hiểm

Dưới 12 tuổi có thể để Người đại diện theo pháp luật ký tên của Người được bảo hiểm

Họ tên: _____

Họ tên: _____

Chữ ký Người đại diện theo pháp luật

Người được bảo hiểm chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện theo pháp luật phải ký tên đồng ý đồng thời phải ghi rõ mối quan hệ với Người được bảo hiểm

Có mối quan hệ với Người được bảo hiểm: _____
Số CMTND/ Số Hộ chiếu: _____
Số điện thoại liên lạc: _____

Họ tên: _____

Chữ ký Nhân viên tư vấn bảo hiểm

Tôi xin xác nhận đơn yêu cầu bảo hiểm này là do đích thân Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người đại diện trước pháp luật đích thân điền đơn và ký tên, đồng thời nội dung trong đơn là đúng sự thật.

Mã số nhân viên: _____
Mã đơn vị kinh doanh: _____
Số điện thoại liên lạc: _____

Họ tên: _____

X. Mục bổ sung làm rõ của Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ Fubon Việt Nam

BÁO CÁO CỦA NHÂN VIÊN TƯ VẤN BẢO HIỂM

1. Mục đích mua bảo hiểm: Bảo hiểm Tích lũy Đầu tư
 Chuẩn bị chi phí giáo dục cho con cái Khác: _____

2. Lý do mua bảo hiểm: Quen với nhân viên nghiệp vụ Có người đến tiếp thị
 Thông qua bạn bè giới thiệu Chủ động mua bảo hiểm Khác, ghi rõ _____

3. Mã nghề nghiệp: Bên mua bảo hiểm: _____ Cấp: _____ Người được bảo hiểm: _____ Cấp: _____
Người được bảo hiểm bổ sung ①: _____ Cấp: _____ ; Người được bảo hiểm bổ sung ②: _____ Cấp: _____
Người được bảo hiểm bổ sung ③: _____ Cấp: _____

4. Tình trạng sức khỏe:

Người được bảo hiểm (bao gồm NĐBH bổ sung) có bị tàn tật hoặc dị tật ngoại hình hay không?

Không Có, đề nghị ghi rõ _____

Người được bảo hiểm (bao gồm NĐBH bổ sung) có mắc các bệnh mãn tính hay đã từng nằm viện, làm phẫu thuật không? Không Có, thuật lại quá trình _____

5. Thông tin tài chính (Đề nghị chú ý Tỷ lệ hợp lý giữa thu nhập năm và tiền phí bảo hiểm)

Bên mua bảo hiểm: Thu nhập hàng năm _____ VNĐ

Thu nhập qua đầu tư và các thu nhập khác _____ VNĐ Các khoản nợ _____ VNĐ

Người được bảo hiểm: Thu nhập hàng năm _____ VNĐ

Thu nhập qua đầu tư và các thu nhập khác _____ VNĐ Các khoản nợ _____ VNĐ

6. Quá trình bán bảo hiểm:

Ký tên: Bên mua bảo hiểm ký tên Người được bảo hiểm ký tên Người được bảo hiểm bổ sung ký tên
(Hợp đồng bảo hiểm phải được đích thân Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm ký, không chấp nhận người khác ký thay (trừ trường hợp người được bảo hiểm chưa đủ 12 tuổi))

Khi bán bảo hiểm có xác nhận thân phận của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (bao gồm Người được bảo hiểm bổ sung), Người đại diện theo pháp luật và thông tin trong Đơn yêu cầu bảo hiểm là hoàn toàn chính xác không? Có Không

7. Phí bảo hiểm (dự tính): Mức phí dưới đây chỉ là mức phí tham khảo, mức phí thực tế căn cứ trên mức phí được nêu trong bộ hợp đồng bảo hiểm

Mã sản phẩm	Số phí bảo hiểm	Mã sản phẩm	Số phí bảo hiểm
	VNĐ		VNĐ
	VNĐ		VNĐ
	VNĐ		VNĐ

Tổng số phí bảo hiểm: VNĐ

8. Phần bổ sung của nhân viên tư vấn bảo hiểm

Ký và ghi rõ họ tên:	Chủ quản đơn vị kinh doanh ký tên hoặc đóng dấu.
Mã số nhân viên:	

Phần xét duyệt hồ sơ

<u>Phần thụ lý</u>	<u>Phần thẩm định</u>	<u>Phần Scan</u>	<u>Phần ghi chú</u>

