



GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ (Dành cho Cá nhân tham gia sản phẩm Phúc Bảo An Tín Dụng)

I. THÔNG TIN BÊN MUA BẢO HIỂM

- Họ tên:
- Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:
- Ngày sinh: Giới tính: Quốc tịch:
- Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn Chưa kết hôn
- Địa chỉ thường trú:
- Địa chỉ gửi thư liên hệ: Như địa chỉ thường trú Địa chỉ khác, như sau:
- Tên công ty:
- Địa chỉ công ty:
- Chức vụ: Chi tiết nội dung công việc:
- Số điện thoại liên hệ: Email:

II. THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (Đánh dấu vào ô trống nếu là Bên mua bảo hiểm)

- Họ tên:
- Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:
- Ngày sinh: Giới tính: Quốc tịch:
- Tình trạng hôn nhân: : Đã kết hôn Chưa kết hôn
- Địa chỉ thường trú:
- Địa chỉ gửi thư liên hệ: Như địa chỉ thường trú Địa chỉ khác, như sau:
- Tên công ty:
- Địa chỉ công ty:
- Chức vụ: Chi tiết nội dung công việc:
- Số điện thoại liên hệ: Email:

III. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG TÍN DỤNG

- Số hợp đồng tín dụng: Tại Ngân hàng:
- Thời hạn vay: từ đến
- Biện pháp bảo đảm tiền vay Tín chấp Thế chấp khác, cụ thể:
- Số tiền vay ban đầu: VND (Theo Hợp đồng tín dụng)
- Dư nợ vay tại thời điểm tham gia bảo hiểm: VND
- Lịch trả nợ theo Khế ước nhận nợ số:

IV. THÔNG TIN YÊU CẦU BẢO HIỂM

- Sản phẩm bảo hiểm:
- Thời hạn bảo hiểm: năm/tháng
- Số tiền bảo hiểm: 100 % Khoản dư nợ vay
- Định kỳ đóng phí:
 Hàng năm Hàng nửa năm Hàng quý Hàng tháng Đóng phí 1 lần

V. THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI TỬ VONG /TTTBVV



1. Người thụ hưởng đầu tiên: (Điền tên Tổ chức tín dụng).....
 2. Người thụ hưởng thứ tự ưu tiên thứ 2 : *vui lòng điền thông tin dưới đây*

Họ tên	Ngày sinh	Giới tính	Số giấy tờ tùy thân	Quan hệ với NDBH

VI. THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Cân nặng:.....kg Chiều cao:.....cm

- | | |
|---|---|
| 1. 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"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |
| 2. 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 điều trị, khám ở hình thức khác hoặc mắc bệnh phải chịu sự thăm khám của bác sĩ và uống thuốc? | <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |
| 3. Trong vòng năm (05) năm gần đây đã có lần nào bị thương hoặc mắc bệnh phải nhập viện kiểm tra, điều trị, nằm viện hay phẫu thuật từ bảy (07) ngày trở lên không? | <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |
| 4. Trong vòng năm (05) năm gần đây có mắc một trong các loại bệnh dưới đây không?
Cao huyết áp, tim mạch, đột quỵ, bệnh não, bệnh về hệ thần kinh, bệnh hô hấp, bệnh tiêu hóa, bệnh thận, bàng quang, bệnh tiết niệu, bệnh ung thư, bệnh về máu/ hệ bạch huyết, bệnh tiểu đường, bệnh rối loạn hoặc suy giảm chức năng nội tiết, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (AIDS hoặc HIV), bệnh về mắt, bệnh về tai-mũi-họng, bệnh cơ- xương-khớp...? | <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |
| 5. 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"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |
| 6. Lạm dụng rượu, ma túy, chất gây nghiện (không bao gồm các chất kích thích thông thường như cà phê, chè, thuốc lá...)? | <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |
| 7. Người được bảo hiểm là nữ giới, vui lòng 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 bao nhiêu tuần rồi? _____ tuần
Lần gần đây nhất có kinh là ngày: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |
| 8. Người được 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?
Nếu Có, lý do : _____ | <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Không |

Nếu bất kỳ câu trả lời nào nêu trên được trả lời là “CÓ”, xin hãy nêu chi tiết về chẩn đoán/tên xét nghiệm, ngày nhập viện điều trị, xuất viện, xét nghiệm, chi tiết điều trị, kết quả, nơi điều trị và bác sĩ điều trị:

.....

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. THÔNG TIN HOÀN PHÍ BẢO HIỂM HỢP ĐỒNG

Sau khi hợp đồng mới này có hiệu lực, nếu có phát sinh hoàn phí bảo hiểm (do nộp thừa, do Công ty không chấp nhận bảo hiểm...) đề nghị Quý khách lựa chọn rõ phương thức thanh toán như dưới đây. Nếu Quý khách không lựa chọn, Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ Fubon Việt Nam (sau đây gọi tắt là “Công ty”) sẽ chuyển vào kỳ phí tiếp theo nếu hợp đồng cần đóng phí bảo hiểm tái tục (khoản này sẽ không được tính lãi).

- Chuyển vào kỳ phí tiếp theo
 Chuyển vào tài khoản của Bên mua bảo hiểm.

Tên ngân hàng: _____

Chi nhánh: _____ Số tài khoản: _____

Trong trường hợp không chuyển khoản được do Quý khách cung cấp thông tin tài khoản sai, Công ty sẽ đề nghị Quý khách cung cấp lại số tài khoản ngân hàng đúng, đồng thời việc chuyển khoản chậm trễ cũng như chi phí phát sinh (nếu có) do sai sót của Khách hàng, Công ty sẽ không chịu trách nhiệm.

1. Tôi/Chúng tôi xin cam đoan mọi thông tin được kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ này (dưới đây gọi là “Giấy yêu cầu bảo hiểm”) 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/Chúng tôi, được đích thân Tôi/Chúng tôi ký tên xác nhận.
2. 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.
3. 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:
 - 3.1 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, phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.
 - 3.2 Các trường hợp khác sau khi được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản.

....., Ngày.....tháng.....năm.....

Nhân viên tư vấn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Bên mua bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Người được bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Mã số NVTV:

Số điện thoại: