

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ

(Dành cho khách hàng mua bảo hiểm cá nhân)

Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm (“HSYCBH”) là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm khi yêu cầu bảo hiểm được Sun Life Việt Nam chấp thuận



Hợp đồng bảo hiểm số:

Mã số Bên mua bảo hiểm:

Họ tên Tư vấn Tài chính:

Mã số Người được bảo hiểm:

Mã số Tư vấn Tài chính:

A. Thông tin chung

Nếu Người được bảo hiểm (NDBH) cũng là Bên mua bảo hiểm (BMBH) thì chỉ cần điền Mục I.

Nếu NDBH dưới 18 tuổi thì Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp là người cung cấp thông tin.

Nếu BMBH là Công ty hoặc Tổ chức, vui lòng đánh dấu ô kế bên, bỏ qua Mục I và điền mẫu Thông tin Công ty/Tổ chức

I. Bên mua bảo hiểm (BMBH)

II. Người được bảo hiểm (NDBH)

1. Họ và tên (chữ IN HOA):

2. Ngày sinh (ngày/tháng/năm):/...../..... 3. Tuổi:

...../...../..... Tuổi:

4. Nơi sinh: 5. Quốc tịch 1:

Nơi sinh: Quốc tịch 1:

6. Quốc tịch 2:

Quốc tịch 2:

7. Giới tính: Nam Nữ

Nam Nữ

8. Tình trạng hôn nhân: Độc thân Kết hôn

Độc thân Kết hôn

Khác:

Khác:

9. Số giấy tờ tùy thân:

.....

(ghi rõ loại giấy tờ) Ngày cấp:/...../.....

Ngày cấp:/...../.....

10. Điện thoại nhà riêng:

11. Điện thoại di động:

12. Địa chỉ Email:

13. Nghề nghiệp/Chức danh:

14. Chi tiết công việc:

15. Tên cơ quan:

16. Thu nhập ước tính hàng năm (đồng):

17. Địa chỉ đăng ký thường trú:

(nếu khác BMBH)

Số nhà, Tên đường:

.....

Phường/Xã, Quận/Huyện:

.....

Tỉnh/Thành phố, Quốc gia:

.....

18. Địa chỉ liên lạc nhận thư: Là địa chỉ đăng ký thường trú của BMBH . Nếu khác, vui lòng điền thông tin:

Số nhà, Tên đường:

.....

Phường/ Xã, Quận/ Huyện:

.....

Tỉnh/Thành Phố, Quốc gia:

.....

19. Mối quan hệ của BMBH với NDBH: Bản thân Con ruột Vợ/Chồng Cha/Mẹ Khác:.....

20. **Khai báo FATCA:** Bên mua bảo hiểm có phải là công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú nhân Hoa Kỳ (bao gồm cả người có thẻ xanh hoặc thẻ thường trú) không?

Không Có, vui lòng cung cấp mã số thuế Hoa Kỳ (TIN).....

(Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ)

NB01181909



1/7



AF00000000

B. Thông tin về Hợp đồng bảo hiểm**Sản phẩm:** tham khảo Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

21. Sản phẩm bảo hiểm chính:

22. Sản phẩm bảo hiểm bổ sung:

23. Định kỳ đóng phí: Năm Nửa năm Quý Đơn kỳ

24. Phí bảo hiểm định kỳ (đồng):

25. Phương thức đóng phí:

 Tiền mặt Chuyển khoản**C. Thông tin Người thụ hưởng***Tổng tỷ lệ % của tất cả các Người thụ hưởng là 100%. Nếu không có tỷ lệ % được chỉ định, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng còn sống được chỉ định trên HSYCBH với tỷ lệ thụ hưởng bằng nhau. Vui lòng ghi chi tiết, không để trống hoặc ghi “theo quy định của pháp luật về thừa kế”.***26. Người thụ hưởng là cá nhân**

Họ tên	Quốc tịch	Giới tính	Ngày sinh (ngày/tháng/ năm)	Số giấy tờ tùy thân	Tỷ lệ thụ hưởng (%)	Mối quan hệ với NĐBH

27. Người thụ hưởng là tổ chức:

Tên tổ chức	Địa chỉ trụ sở chính	Giấy phép thành lập/Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp	Tỷ lệ thụ hưởng

28. Thông tin Người thụ hưởng Quyền lợi khuyến học sản phẩm Nâng Bước Con yêu

Họ tên	Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	Tuổi	Mối quan hệ với NĐBH/BMBH

D. Thông tin về (các) Hợp đồng bảo hiểm hiện có29. Quý khách có các Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực hoặc đang chờ ký kết với Sun Life Việt Nam hoặc với các công ty bảo hiểm khác không? **BMBH** Có Không **NĐBH** Có KhôngNếu **Có**, vui lòng cung cấp chi tiết:

	Công ty bảo hiểm	Tên sản phẩm bảo hiểm	Tổng số tiền bảo hiểm	Ngày phát hành hoặc ngày nộp HSYCBH nếu hợp đồng chưa phát hành	Tình trạng hợp đồng (cấp phí chuẩn, có điều khoản đặc biệt, tăng phí...)
BMBH					
NĐBH					

30. Khai về Dự định thay thế (các) Hợp đồng bảo hiểm hiện có:Để lập HSYCBH này, Bên mua bảo hiểm đã hoặc sẽ phải hủy, chấm dứt, vay tiền, giảm số tiền bảo hiểm từ bất kỳ hợp đồng bảo hiểm của bất kỳ công ty nào không? Có KhôngNếu **Có**, vui lòng cung cấp chi tiết:

Công ty bảo hiểm	Số Hợp đồng bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ

(Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ)

Quý khách lưu ý, việc hủy bỏ (các) Hợp đồng bảo hiểm hiện có để mua hợp đồng bảo hiểm mới thường có những bất lợi sau: những thay đổi về điều khoản bảo hiểm, các khoản phí bảo hiểm có thể cao hơn, có thể mất các quyền, lợi ích tài chính tích lũy qua các năm của (các) Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ.

E. Thông tin về Bên thứ ba hoặc Chủ sở hữu hưởng lợi

31. Có Bên thứ ba hoặc Chủ sở hữu hưởng lợi nào (ngoài Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng) sẽ đóng phí bảo hiểm, có thể tham gia vào, có thể đưa ra quyết định hoặc nhận quyền lợi từ Hợp đồng bảo hiểm, có quyền sở hữu thực tế Hợp đồng bảo hiểm, có quyền chi phối khi Bên mua bảo hiểm thực hiện giao dịch cho cá nhân này không? Có Không

Nếu **Có**, đề nghị Bên mua bảo hiểm cung cấp chi tiết theo mẫu **Thông tin về bên thứ ba hoặc chủ sở hữu hưởng lợi**.

F. Thông tin thẩm định

Phần này phải được Người được bảo hiểm hoặc Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp (nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) trả lời. Bên mua bảo hiểm trả lời các câu hỏi thẩm định nếu yêu cầu bảo hiểm bổ sung cho chính Bên mua bảo hiểm.

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau. Nếu chọn “Có”, vui lòng ghi số câu hỏi và chi tiết vào phần “Thông tin chi tiết” bên dưới.

1. Trong 12 tháng vừa qua Quý khách có đi du lịch hoặc sinh sống ngoài nước Việt Nam trên 6 tháng; hoặc trong 12 tháng tới Quý khách có dự định đi nước ngoài không? Nếu Có , vui lòng trả lời chi tiết:	BMBH Có Không	NDBH Có Không
--	-------------------------	-------------------------

	Thành phố/Quốc gia	Thời gian và mục đích cư trú	Ngày đi gần nhất (tháng/năm)	Ngày dự định đi (tháng/năm)
BMBH				
NDBH				

2. Trong 2 năm qua, Quý khách có tham gia trên chuyến bay như một phi công, phi hành đoàn, tiếp viên hàng không hoặc có ý định tham gia trong 2 năm tới không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

3. Trong 2 năm qua, Quý khách có tham gia vào bất kỳ hoạt động nào nguy hiểm như đua xe có động cơ, hoạt động lặn biển, trên không, dưới nước hoặc leo núi, hoặc có ý định tham gia trong tương lai không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

4. Trong 10 năm qua, Quý khách có bị buộc tội hoặc bị kết án đối với bất kỳ hành vi phạm tội hình sự nào không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

5. Quý khách có hút hoặc sử dụng thuốc lá, xì gà, tẩu thuốc, thuốc lá nhai, miếng dán hoặc kẹo cao su nicotine hoặc thuốc lá dưới bất kỳ hình thức nào khác không? Nếu Có , vui lòng trả lời chi tiết:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

	Loại	Số lượng	Tần suất sử dụng	Ngày sử dụng gần nhất
BMBH				
NDBH				

Nếu Quý khách đã ngừng hút thuốc, vui lòng nêu rõ thời điểm và lý do ngừng hút thuốc (ví dụ: theo lời khuyên của bác sĩ, v.v):.....

6. Quý khách có uống rượu bia không? Nếu Có , vui lòng trả lời chi tiết:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

	Loại	Số lượng uống	Tần suất sử dụng	
BMBH	<input type="checkbox"/> Bia (330ml/chai)	Số chai: _____	<input type="checkbox"/> Hàng ngày	<input type="checkbox"/> Hàng tuần
	<input type="checkbox"/> Rượu nhẹ (<30°, 125ml/ly)	Số ly: _____	<input type="checkbox"/> Hàng ngày	<input type="checkbox"/> Hàng tuần
	<input type="checkbox"/> Rượu mạnh (≥30°, 30ml/ly)	Số ly: _____	<input type="checkbox"/> Hàng ngày	<input type="checkbox"/> Hàng tuần
NDBH	<input type="checkbox"/> Bia (330ml/chai)	Số chai: _____	<input type="checkbox"/> Hàng ngày	<input type="checkbox"/> Hàng tuần
	<input type="checkbox"/> Rượu nhẹ (<30°, 125ml/ly)	Số ly: _____	<input type="checkbox"/> Hàng ngày	<input type="checkbox"/> Hàng tuần
	<input type="checkbox"/> Rượu mạnh (≥30°, 30ml/ly)	Số ly: _____	<input type="checkbox"/> Hàng ngày	<input type="checkbox"/> Hàng tuần

(Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ)

7. Trong 10 năm qua, Quý khách có sử dụng cần sa, thuốc kích thích, cocaine, LSD (chất gây ảo giác) hoặc chất gây nghiện có tác động thần kinh, heroin hoặc các chất ma túy khác, chất kích thích hoặc bất kỳ chất gây nghiện bị cấm nào khác không? Nếu Có , vui lòng trả lời chi tiết:					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quý khách có bao giờ được điều trị, được tư vấn hạn chế sử dụng, hoặc nhận bất kỳ hướng dẫn y khoa nào cho việc sử dụng ma túy, sử dụng rượu hay không?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. a) Chiều cao và Cân nặng								
Bên mua bảo hiểm		Người được bảo hiểm						
Chiều cao:..... cm		Chiều cao:cm						
Cân nặng:..... kg		Cân nặng:..... kg						
b) Trong 12 tháng vừa qua, Quý khách có giảm cân hơn 4,5kg mà không rõ nguyên nhân không? Nếu Có , vui lòng trả lời chi tiết:					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Số kg giảm		Nguyên nhân				
BMBH								
NDBH								
10. Quý khách có ai trong cha mẹ ruột hoặc anh chị em ruột còn sống hay đã chết, mắc bệnh hoặc được điều trị các bệnh sau đây trước 60 tuổi: tiểu đường, ung thư, bệnh tim (gồm âm thổi tim), cao huyết áp, tai biến mạch máu não, đột quy, thận đa nang hoặc các rối loạn hay bệnh lý thận khác, bệnh Huntington, đa xơ cứng, bệnh teo cơ, bệnh Alzheimer, chứng xơ cứng teo cơ một bên (ALS hay LouGehrig) hoặc bất kỳ bệnh hay rối loạn thần kinh vận động, bệnh viêm võng mạc sắc tố, di truyền hoặc rối loạn di truyền khác?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mối quan hệ	Tình trạng sức khỏe <i>(Nếu đã qua đời, vui lòng cho biết nguyên nhân; Nếu bệnh ung thư, cho biết loại ung thư)</i>		Tuổi	Tuổi qua đời	Tuổi phát hiện bệnh		
BMBH	Cha/Mẹ							
	Anh/Chị/Em							
NDBH	Cha/Mẹ							
	Anh/Chị/Em							
Quý khách có bao giờ mắc phải, được chẩn đoán hoặc điều trị bệnh hoặc tình trạng nào dưới đây không:					BMBH	NDBH		
					Có Không	Có Không		
11. Cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh mạch vành, suy tim, âm thổi tim, bệnh van tim, cơn đau thắt ngực, bất thường nhịp tim, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác thuộc hệ tim mạch?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bệnh lao, xơ nang, hen suyễn, khó thở, ho mãn tính, ho hoặc khạc ra máu, khàn giọng, ngưng thở khi ngủ, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác của hệ hô hấp (không bao gồm các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên đã hoàn toàn bình phục)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Viêm loét đại tràng, bệnh Crohn, xuất huyết trực tràng hoặc đường ruột, tiêu chảy kéo dài, bệnh dạ dày, ruột hoặc tụy, viêm gan, vàng da, các bệnh khác về gan hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác thuộc hệ tiêu hóa?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tai biến mạch máu não, đột quy, cơn thiếu máu não thoáng qua, phình mạch, động kinh, co giật, run, nhức đầu nặng, ngất xỉu, rối loạn thị giác, rối loạn thính giác, tê bì, giảm hoặc mất cảm giác, mất ý thức hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác của hệ thần kinh?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lo âu mãn tính, trầm cảm, căng thẳng hoặc mệt mỏi, bứt rứt, suy giảm thần kinh hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc rối loạn liên quan đến tâm lý, tâm thần và cảm xúc?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Có Albumin, đạm, đường, máu hoặc mủ trong nước tiểu, sỏi thận, nhiễm trùng đường tiết niệu, hoặc bất kỳ triệu chứng, các bệnh nào khác ở thận, bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt hoặc cơ quan sinh dục?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ)

	BMBH Có Không	NDBH Có Không
17. Bệnh tiểu đường, lượng đường trong máu cao, bướu cổ, rối loạn tuyến giáp, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác của hệ nội tiết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Băng huyết hoặc rối loạn chảy máu khác, thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu, phì đại các tuyến hoặc hạch bạch huyết, hoặc bất kỳ triệu chứng hoặc bệnh khác về máu hoặc hệ bạch huyết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Viêm khớp, rối loạn hoặc bệnh của cơ, khớp, tay chân, lưng, xương, hoặc liệt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ung thư, khối u, u nang, ung thư máu, ung thư hạch, khối phát triển bất thường hoặc bệnh ác tính khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bệnh về da, thương tổn da, nhiễm trùng mãn tính, nốt ruồi bất thường hoặc nốt sần tố bất thường (không bao gồm các tổn thương do chất độc, viêm da tiếp xúc, trứng cá, trứng cá đỏ, tổn thương do nắng hay chàm eczema)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Chảy mủ tai (không bao gồm nhiễm trùng đã điều trị khỏi), ù tai, mất thính lực, mất thị lực (không bao gồm trường hợp thị lực cải thiện khi mang kính hoặc kính áp tròng), bị mù, mắt nhân tạo hoặc các triệu chứng hoặc bệnh về tai mũi họng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Đau hoặc sốt kéo dài hơn 2 tuần không rõ nguyên nhân (không bao gồm các triệu chứng cúm hoặc cảm lạnh)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quý khách có bao giờ được thực hiện và có kết quả bất thường với bất kỳ xét nghiệm nào như chụp X-quang, điện tâm đồ, chụp cắt lớp, chụp MRI, siêu âm, sinh thiết hoặc bất kỳ xét nghiệm nào khác bao gồm thử máu và nước tiểu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Quý khách hoặc Người hôn phối của Quý khách có bao giờ được chẩn đoán, điều trị HIV/AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (lậu, giang mai, hoa liễu...) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Quý khách có triệu chứng hoặc dấu hiệu bất thường nào về sức khỏe chưa được bác sỹ tư vấn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Quý khách có bất kỳ tình trạng sức khỏe nào chưa được đề cập trên đây mà Quý khách đã hoặc đang được kiểm tra, theo dõi hoặc điều trị, hoặc có bất kỳ tình trạng sức khỏe nào khác đang chờ kiểm tra hoặc chờ kết quả kiểm tra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Trong 5 năm qua, ngoài những thông tin đã khai trên đây, Quý khách có bao giờ được bác sỹ tư vấn hoặc là bệnh nhân tại bất kỳ phòng khám, bệnh viện hoặc cơ sở y tế nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Có đang dùng bất cứ loại thuốc được bác sỹ kê toa hoặc không kê toa cho các bệnh nào ngoài các bệnh nêu trên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Trong 5 năm qua, có bệnh tật hoặc chấn thương nào khiến Quý khách không thực hiện được các hoạt động thông thường hàng ngày trong công việc của Quý khách trong thời gian hơn 2 tuần không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các câu hỏi bổ sung dành cho phụ nữ (từ 16 tuổi trở lên)		
31. Quý khách có đang mang thai không? Nếu Có, vui lòng cho biết ngày dự sinh (ngày/tháng/năm)/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Quý khách có bị cắt tử cung, rối loạn thời kỳ mang thai, rối loạn buồng trứng hoặc tử cung, bất thường xét nghiệm Pap smear hoặc nhũ ảnh, có khối bất thường tuyến vú không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các câu hỏi bổ sung dành cho Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi		
33. Người được bảo hiểm có bất kỳ khuyết tật hoặc dấu hiệu chậm phát triển về thể chất hoặc tâm thần nào không? Đã học xong lớp mấy? Số anh chị em ruột hiện có? Nếu Người được bảo hiểm từ 5 tuổi trở xuống, vui lòng cho biết cân nặng lúc sinh? Có sinh sớm hơn trước 4 tuần so với ngày dự sinh, hoặc có bất kỳ chăm sóc đặc biệt nào sau khi sinh hoặc không tăng cân không?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ)

34. Tổng số tiền bảo hiểm nhân thọ của cha/mẹ và anh/chị/em đang có hiệu lực hoặc đang chờ ký kết.			
	Họ và tên	Tổng số tiền bảo hiểm nhân thọ hiện có	Tổng số tiền bảo hiểm nhân thọ đang chờ ký kết
Cha/Mẹ			
Anh/Chị/Em			

Thông tin chi tiết cho các câu trả lời “Có”						
	Câu số	Ngày	Lý do kiểm tra/xét nghiệm	Kết quả và chẩn đoán	Cách điều trị và đơn thuốc	Tên, địa chỉ của Bác sĩ, phòng khám /bệnh viện
BMBH						
NĐBH						

Cung cấp thông tin bổ sung:

G. Cam kết

Tôi/Chúng tôi (Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm) đồng ý và cam kết rằng:

- Tôi/Chúng tôi đã cung cấp và kê khai đầy đủ và trung thực các nội dung trong HSYCBH này và các biểu mẫu khác theo sự hiểu biết của Tôi/Chúng tôi một cách độc lập, và trước sự chứng kiến của Tư vấn Tài chính của Sun Life Việt Nam. Tôi/Chúng tôi hiểu và xác nhận rằng, những thông tin này là căn cứ để Sun Life Việt Nam thẩm định, xem xét việc chấp nhận bảo hiểm; hoặc không chấp nhận bảo hiểm; hoặc chấp nhận bảo hiểm có điều kiện. Việc Sun Life Việt Nam chấp nhận phát hành Hợp đồng bảo hiểm căn cứ trên HSYCBH này đồng nghĩa với sự đồng ý của Tôi/Chúng tôi về các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rõ và đồng ý về Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm, quyền lợi đầu tư và các rủi ro đầu tư (nếu có).
- Tôi/Chúng tôi đồng ý để các bác sĩ, cơ sở y tế và các tổ chức, cá nhân khác cung cấp cho Sun Life Việt Nam và/hoặc bên thứ ba theo sự đồng ý hoặc ủy quyền của Sun Life Việt Nam tất cả các thông tin về việc khám, điều trị bệnh, thương tật, tai nạn, HIV/AIDS và các thông tin khác liên quan đến Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Bản sao các y chứng (bệnh án, xét nghiệm, và các giấy tờ liên quan đến sức khỏe khác) từ các nơi nói trên cung cấp có giá trị tương đương như bản chính.
- Bằng việc cung cấp địa chỉ/ số điện thoại/ địa chỉ e-mail trên HSYCBH này, Tôi/Chúng tôi đồng ý ghi nhận các thông tin này là thông tin được cập nhật mới nhất cho (các) Hợp đồng bảo hiểm hiện có với Sun Life Việt Nam. Tôi/Chúng tôi đồng ý sử dụng thư điện tử (email), số điện thoại mà Tôi/Chúng tôi đã cung cấp cho Sun Life Việt Nam để nhận bộ Hợp đồng bảo hiểm và các thông báo/tài liệu liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi, đồng ý cho Sun Life Việt Nam:
 - có quyền chuyển giao thông tin cá nhân do Tôi/Chúng tôi cung cấp tại HSYCBH, Hợp đồng bảo hiểm và các giấy tờ khác cho bất kỳ bên thứ ba trong các 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 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.

(Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ)

(ii) sử dụng và/hoặc chia sẻ các thông tin của Tôi/Chúng tôi cung cấp tại HSYCBH, Hợp đồng bảo hiểm và các giấy tờ khác cho bất kỳ bên thứ ba ngoài mục đích nêu tại mục (i) ở trên. Nếu không đồng ý với nội dung tại mục (ii) này, xin vui lòng đánh dấu vào ô kế bên

6. Tôi/Chúng tôi xác nhận đã nhận được, đã đọc và đồng ý với Giấy Chứng nhận Bảo hiểm Tạm thời có dãy số (AF) trùng với dãy số (AF) của HSYCBH này. Tôi/Chúng tôi đồng ý và xác nhận rằng ngoại trừ các quy định tại Giấy Chứng nhận Bảo hiểm Tạm thời, Sun Life Việt Nam sẽ không chịu bất kỳ nghĩa vụ theo nội dung HSYCBH này, cho đến khi Sun Life Việt Nam đồng ý phát hành Hợp đồng bảo hiểm và phí bảo hiểm được thanh toán đầy đủ.
7. Tôi/Chúng tôi không tham gia vào bất kỳ giao dịch đáng ngờ hoặc hoạt động vi phạm pháp luật nào được quy định theo Luật phòng, chống rửa tiền của Việt Nam. Tôi/Chúng tôi tuyên bố thêm rằng tiền dùng để đóng phí bảo hiểm không có nguồn gốc từ bất kỳ hoạt động vi phạm pháp luật nào được quy định theo Luật phòng, chống rửa tiền của Việt Nam.

Nội dung cam kết này được coi là sự đồng ý bằng văn bản của Tôi/Chúng tôi và có giá trị trong mọi trường hợp ngay cả khi Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm tử vong hay bị mất, hạn chế năng lực hành vi dân sự.

Tôi/Chúng tôi ký tên dưới đây cam kết rằng Tôi/Chúng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với tất cả các câu hỏi và khai báo đầy đủ và trung thực trong HSYCBH này. Bản sao của HSYCBH này có giá trị như bản gốc.

Ngày.....tháng.....năm.....	Nơi ký:
Chữ ký Bên mua bảo hiểm	Chữ ký Người được bảo hiểm
Họ và tên:	Họ và tên:

Ghi chú dành cho BMBH và NĐBH:
*Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi thì Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp sẽ ký thay.
 Nếu Bên mua bảo hiểm là Công ty/Tổ chức, Người đại diện giao kết Hợp đồng bảo hiểm ký tên, đóng dấu, ghi rõ chức danh và họ tên.*

Chữ ký Tư vấn Tài chính Mã số TVTC: Họ và tên:	<p>Cam kết của Tư vấn Tài chính (TVTC):</p> <p>Tôi cam kết rằng Tôi đã tư vấn cho BMBH/NĐBH đúng theo Quy tắc và Điều khoản Hợp đồng bảo hiểm của Sun Life Việt Nam. Tôi cam kết rằng HSYCBH này đã được điền theo đúng những thông tin mà BMBH/NĐBH đã cung cấp. Những thông tin trên là đầy đủ, chính xác và duy nhất theo sự hiểu biết của Tôi. Tôi không hề che giấu hoặc hướng dẫn cho BMBH/NĐBH tạo dựng nên bất cứ thông tin nào gây ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Sun Life Việt Nam.</p> <p>Tôi cam kết đã gặp trực tiếp BMBH/NĐBH để đối chiếu bản sao các giấy tờ nhân thân/tư cách pháp nhân đã nộp với bản chính; chứng kiến BMBH/NĐBH đã điền và ký trong HSYCBH một cách tự nguyện trong tình trạng minh mẫn, không bị đe dọa hoặc ép buộc.</p> <p><i>Ghi chú: Nếu TVTC là NĐBH/BMBH thì Người làm chứng là Nhân viên quản lý trực tiếp của TVTC.</i></p>
Chữ ký Người làm chứng CMND/Mã số TVTC: Họ và tên:	

(Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ)

