

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM

(Mẫu dùng cho Khách hàng vay tham gia bảo hiểm)

Hồ sơ số:

Hợp đồng số:

I. BÊN MUA BẢO HIỂM: Chọn ô này nếu Bên mua bảo hiểm đồng thời là Người được bảo hiểm chính (*)

| | | | | | |
|--|--|--|----------------------------|-----------------------------|--|
| Họ và tên: | | Ngày sinh:/...../... | | Quốc tịch: | |
| Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | | Tình trạng hôn nhân: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Góa | | | |
| Số CMND/ Hộ chiếu/Căn cước: | | Ngày cấp:/...../..... | | Nơi cấp: | |
| Nghề nghiệp: | | Công việc cụ thể: | | Thu nhập tháng (VNĐ): | |
| Địa chỉ liên lạc: | | | Địa chỉ thường trú: | | |
| Số nhà, đường: | | | Số nhà, đường: | | |
| Phường/ Xã: | | | Phường/ Xã: | | |
| Quận/ Huyện: | | | Quận/ Huyện: | | |
| Tỉnh/ TP: | | | Tỉnh/ TP: | | |
| Điện thoại:(NR)(DĐ) | | | Email: | | |
| <input type="checkbox"/> Chọn ô này nếu hiện tại Bên mua bảo CỐ khai báo thuế tại Hoa Kỳ | | | | | |

II. NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH/NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ TRỢ:

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------------|-----------------------------|--|
| Họ và tên: | | Ngày sinh:/...../... | | Quốc tịch: | |
| Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | | Tình trạng hôn nhân: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Góa | | | |
| Số CMND/ Hộ chiếu/Căn cước: | | Ngày cấp:/...../..... | | Nơi cấp: | |
| Nghề nghiệp: | | Công việc cụ thể: | | Thu nhập tháng (VNĐ): | |
| Địa chỉ liên lạc: | | | Địa chỉ thường trú: | | |
| Số nhà, đường: | | | Số nhà, đường: | | |
| Phường/ Xã: | | | Phường/ Xã: | | |
| Quận/ Huyện: | | | Quận/ Huyện: | | |
| Tỉnh/ TP: | | | Tỉnh/ TP: | | |
| Điện thoại:(NR)(DĐ) | | | Email: | | |
| Quan hệ với Bên mua bảo hiểm: | | Học lớpTrường(nếu là trẻ em) | | | |

Ngoài Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này, Người được bảo hiểm có đang yêu cầu được bảo hiểm hoặc đang được bảo hiểm nhân thọ tại bất kỳ công ty bảo hiểm nào - kể cả Vietcombank - Cardif không?

Có Không Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết:

| Công ty bảo hiểm | Loại hình bảo hiểm | Số tiền bảo hiểm | Ngày bắt đầu bảo hiểm | Thời hạn (năm) |
|------------------|--------------------|------------------|-----------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |

III. NGƯỜI THỤ HƯỞNG:

| STT | Họ và tên | Ngày sinh | Số CMND/ Hộ chiếu | Địa chỉ | Quan hệ với Người được bảo hiểm | Tỷ lệ thụ hưởng (%) |
|-----|-----------|-----------|----------------------|---------|------------------------------------|------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(*) Người được bảo hiểm của sản phẩm chính

IV. SẢN PHẨM BẢO HIỂM YÊU CẦU MUA:

| Sản phẩm bảo hiểm | | Người được bảo hiểm | Số tiền bảo hiểm (VNĐ) | Thời hạn bảo hiểm (tháng/năm) |
|---|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Sản phẩm chính | BẢO HIỂM TỬ KỲ MỞ RỘNG | | | |
| Sản phẩm bổ trợ | | | | |
| Tổng phí bảo hiểm theo định kỳ (VNĐ) | | | | |
| Định kỳ đóng phí (áp dụng với trường hợp Thời hạn bảo hiểm trên 1 năm): | <input type="checkbox"/> Hàng năm <input type="checkbox"/> Nửa năm <input type="checkbox"/> Hàng quý <input type="checkbox"/> Hàng tháng | | | |
| Định kỳ đóng phí (áp dụng với trường hợp Thời hạn bảo hiểm bằng 1 năm): | <input type="checkbox"/> Nửa năm <input type="checkbox"/> Hàng quý <input type="checkbox"/> Hàng tháng | | | |
| Định kỳ đóng phí (áp dụng với trường hợp Thời hạn bảo hiểm từ trên 3 tháng đến dưới 1 năm) | <input type="checkbox"/> Hàng quý <input type="checkbox"/> Hàng tháng | | | |
| Định kỳ đóng phí (áp dụng với trường hợp Thời hạn bảo hiểm bằng 3 tháng) | <input type="checkbox"/> Hàng tháng | | | |
| Phương thức đóng phí: | <input type="checkbox"/> Trích nợ tự động (nộp kèm Yêu cầu trích nợ tự động) | <input type="checkbox"/> Tiền mặt (nếu số tiền nộp ≤ 80 triệu VNĐ) | <input type="checkbox"/> Chuyển khoản | <input type="checkbox"/> Khác |

V. KHAI BÁO TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM:

Xin lưu ý, Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ và trung thực các thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm. Việc cung cấp thông tin sai sự thật hoặc không đầy đủ có thể dẫn tới quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.

1. CAM KẾT SỨC KHỎE (áp dụng cho Tổng số tiền bảo hiểm ≤ 800 triệu VNĐ):

- Tôi đã và đang không có bất kỳ đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hay bảo hiểm y tế nào bị từ chối, tạm hoãn hoặc chấp thuận bảo hiểm với điều kiện tăng phí, loại trừ
- Trong vòng 3 năm qua, tôi không bị bất kỳ dấu hiệu/ triệu chứng nào, không đi tư vấn để nhận được chẩn đoán, điều trị (cả nội trú lẫn ngoại trú), hoặc phải làm các xét nghiệm/ kiểm tra/ theo dõi bất kỳ các bất thường sức khỏe nào dưới đây: tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch (kể cả bẩm sinh và mắc phải), cơn đau thắt ngực, bệnh mạch máu não, chấn thương sọ não, bệnh tâm thần, động kinh, bệnh tuyến giáp hoặc các rối loạn nội tiết khác, bệnh viêm khớp dạng thấp, bệnh phổi mãn tính, loét dạ dày tá tràng, loét đại tràng, bệnh huyết học, bệnh gan mạn tính (bao gồm cả nhiễm virus viêm gan B, C), bệnh thận mạn tính, ung thư/ u bướu, nhiễm HIV/ AIDS hoặc các biến chứng liên quan đến HIV/AIDS; hoặc nằm viện liên tục quá 10 ngày vì các bệnh khác.
- Trong 6 tháng gần đây, tôi không mắc bất kỳ bệnh hoặc rối loạn gì (Loại trừ: Cảm cúm đau đầu thông thường, thai sản không biến chứng, sinh mổ, phẫu thuật thẩm mỹ hoặc các chấn thương nhẹ đã hồi phục hoàn toàn) khiến tôi phải đi khám, theo dõi, chẩn đoán, điều trị hay phẫu thuật (kể cả bệnh tật hoặc tai nạn)

bởi bất kỳ bác sĩ nào

- Hiện tại, tôi không mắc bệnh gì, cũng không có bất kỳ xét nghiệm nào mà kết quả bất thường và không mang bất kỳ thương tật gì liên quan đến chân, tay và/ hoặc mắt.

2. TRẢ LỜI BẢNG CÂU HỎI SỨC KHỎE (áp dụng cho Tổng số tiền bảo hiểm > 800 triệu VND):

| STT | Câu hỏi | Trả lời | | | |
|-----|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Người được bảo hiểm chính | | Người được BH hỗ trợ | |
| | | Họ và tên: | | Họ và tên: | |
| | | Cao: ...cm | Nặng... kg | Cao: ...cm | Nặng:...kg |
| | | Không | Có | Không | Có |
| 1 | a. Bố mẹ, anh chị em ruột của bạn có ai đã từng bị mắc các bệnh về máu, bệnh gan (bao gồm cả nhiễm vi-rút viêm gan B, C), bệnh tim, thận, đột quy, tiểu đường, tăng huyết áp, ung thư, HIV/AIDS, hoặc mắc bệnh di truyền, đột biến gen ví dụ như: các bệnh Hemophilia, Thalassemia, hội chứng Down, bệnh loạn dưỡng cơ, hội chứng Tóc-nơ, Clai-phen-tơ, Jacobs...? b. Bạn có bị dị dạng, thương tật, dị tật bẩm sinh nào không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Bạn đã/ đang mắc phải bệnh nào trong các bệnh sau không? <u>Nếu CÓ, xin gạch chân bệnh mắc phải.</u> Bệnh tiểu đường, rối loạn dung nạp đường huyết, huyết áp cao hoặc huyết áp thấp, bệnh tim (bao gồm cả tiếng tim bất thường và đau ngực), đột quy, chấn thương sọ não, bệnh mạch máu não, bệnh thần kinh, tâm thần, bệnh phổi mạn tính, bệnh máu, bệnh đường tiêu hóa, bệnh gan-lách-tụy (bao gồm cả nhiễm siêu vi viêm gan B, C); bệnh thận tiết niệu, bệnh hệ thống nội tiết, bệnh tự miễn, bệnh cơ xương khớp, viêm khớp dạng thấp, ung thư/ khối u, bệnh lao, bệnh da liễu, hoa liễu (giang mai, lậu) nhiễm HIV/AIDS hoặc các bệnh liên quan đến HIV/AIDS bao gồm bệnh lao, thương hàn, viêm gan vi-rút B, C, vi-rút hợp bào CMV, vi-rút Herpes Simplex, vi-rút U nhú HPV, bệnh não trắng đa ổ tiến triển PML, bệnh nấm Candia, viêm màng não do Cryptococcus, bệnh Toxoplasmosis, Cryptosporidiosis, bệnh viêm phổi do Pneumocystis, sarcom Kaposi, U lympho Non-Hodgkin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Trong vòng 12 tháng gần đây, bạn có thấy các dấu hiệu triệu chứng sau đây không? <u>Nếu CÓ, xin gạch chân dấu hiệu mắc phải:</u> Giảm 5kg trong vòng 3 tháng, vàng da vàng mắt, ngất, đau đầu kèm ói mửa, nhìn mờ, ù tai, nghe kém, nuốt khó, nuốt nghẹn, nôn ra máu, đi ngoài phân đen, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, tiểu ra máu, khó thở, ho ra máu, ho kéo dài trên 2 tháng, sốt kéo dài trên 2 tuần chưa rõ nguyên nhân, nổi u bướu-hạch; chảy máu không cầm, vết thương khó lành? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI. CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM và NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM*(vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)*

Tôi/Chúng tôi cam đoan rằng tất cả các thông tin trên đây là đầy đủ và đúng sự thật theo hiểu biết của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi hiểu rằng việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật có thể sẽ dẫn tới Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực.

Tôi/Chúng tôi đã đọc/được nghe Cán bộ tư vấn đọc, tư vấn, giải thích và hoàn toàn đồng ý với Quy tắc điều khoản bảo hiểm.

Tôi/Chúng tôi đồng ý để Bác sĩ, bệnh viện hoặc các cơ sở y tế đã điều trị hoặc tư vấn sức khỏe cho tôi/chúng tôi hoặc Công ty bảo hiểm hoặc tổ chức, cá nhân có hồ sơ y tế của tôi/chúng tôi được cung cấp cho Vietcombank - Cardif hoặc tổ chức/cá nhân do Vietcombank - Cardif chỉ định mọi thông tin liên quan đến sức khỏe của tôi/chúng tôi, bao gồm các kết quả y tế nhằm đáp ứng các yêu cầu về đánh giá rủi ro và giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng các thông tin và số liệu do tôi/chúng tôi cung cấp trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này có thể được Vietcombank - Cardif cung cấp cho các Tổ chức Tái bảo hiểm hoặc bất kỳ một bên thứ ba nào nhằm mục đích thẩm định các điều kiện bảo hiểm, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, 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 và giải quyết quyền lợi bảo hiểm; hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền phù hợp với quy định của pháp luật;

Chúng tôi, Người được bảo hiểm chính và Người được bảo hiểm bổ trợ, bằng việc ký tên trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này, xác nhận đồng ý cho Bên mua bảo hiểm đứng tên mua bảo hiểm cho mình.

Tôi, Bên mua bảo hiểm, đồng ý lưu (các) hóa đơn phí bảo hiểm của tôi tại Vietcombank- Cardif và thông báo tới Công ty nếu cần lấy hóa đơn.

Các phiếu thu từ Ngân hàng xác nhận nộp phí bảo hiểm cho Hợp đồng này là bằng chứng cho việc Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm cho VCLI.

VII. CAM KẾT CỦA CÁN BỘ TƯ VẤN:

Tôi cam đoan rằng các thông tin trên đây là những thông tin duy nhất mà Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm chính và Người được bảo hiểm bổ trợ cung cấp cho tôi. Tôi cũng cam kết giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp, tài chính và sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm chính và Người được bảo hiểm bổ trợ; đồng thời đã tư vấn cho Bên mua bảo hiểm đúng theo Quy tắc điều khoản hợp đồng bảo hiểm của Công ty và đã không đưa ra bất cứ ý kiến nào gây ảnh hưởng đến việc hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của khách hàng.

.....ngàythángnăm.....

Người được bảo hiểm bổ trợ
(ký và ghi rõ họ tên)

Người được bảo hiểm chính
(ký và ghi rõ họ tên)

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

Cán bộ tư vấn
(ký và ghi rõ họ tên)

Kiểm soát viên
(ký và ghi rõ họ tên)

Hỗ trợ tư vấn
(ký và ghi rõ họ tên)

Mã số:

Điện thoại:

Email:

Chi nhánh/ PGD:

Chi nhánh/ PGD:

Mã số:

Điện thoại:

Email:

Lưu ý: Cha/Mẹ/Người giám hộ hợp pháp ký tên thay Người được bảo hiểm chính/Người được bảo hiểm bổ trợ < 18 tuổi