

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM

(Trang bổ sung)

Hồ sơ số:

Hợp đồng số:

I. 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/GKS:.....			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)(DD)			Email:		
Quan hệ với Bên mua bảo hiểm:		Học lớpTrường(nếu là trẻ em)			
Quan hệ với Người được bảo hiểm chính:					
Ngoài Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này, Người được bảo hiểm bổ trợ 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?					
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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)

II. CÂU HỎI SỨC KHỎE:

Xin lưu ý, Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm bổ trợ 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 bổ trợ. Việc cung cấp thông tin sai sự thật hoặc không đầy đủ có thể dẫn tới quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.

Câu hỏi dành cho Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên:

STT	CÂU HỎI	Trả lời	
		Không	Có
	Họ tên Người được bảo hiểm: Chiều caocm Cân nặng:kg		
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"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	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 như HPV, bệnh não trắng đa ổ tiến triển PML, bệnh nấm Candida, viêm màng não do Cryptococcus, bệnh Toxoplasmosis, Cryptosporidiosis, bệnh viêm phổi do Pneumocystis, sarcom Kaposi, U lympho Non-Hodgkin?		
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"/>
4	Trong vòng 5 năm qua: a. Bạn có phải khám và điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại bệnh viện hoặc bác sỹ hay trung tâm y khoa nào không? Nếu CÓ, xin cho biết :Ở đâu? Lúc nào? Lý do? Phương thuật? Dùng thuốc gì? b. Bạn đã từng được thực hiện xét nghiệm nào mà kết quả bất thường không? (siêu âm, điện tim, thử máu, thử nước tiểu, chụp X quang, chụp cắt lớp CT, nội soi, sinh thiết và các xét nghiệm y khoa khác dùng để chẩn đoán, điều trị bệnh của bạn). <i>Xin ghi rõ loại xét nghiệm đã làm, kết quả, lý do và thời điểm thực hiện xét nghiệm</i> c. Hiện tại, bạn có đang có bệnh nào mà chưa khai trong bản câu hỏi này không? Nếu CÓ, xin cho biết tên bệnh và loại thuốc đang dùng	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	a. Bạn có thói quen sử dụng rượu trên 150ml/ ngày không? Nếu CÓ, xin khai rõ loại rượu, số lượng rượu uống trong một ngày, uống trong vòng bao nhiêu năm? b. Bạn có hút thuốc trên 20 điếu/ ngày không? Nếu CÓ, bao nhiêu điếu một ngày? Hút trong vòng bao nhiêu năm? c. Bạn có bao giờ được điều trị bệnh nghiện rượu không? d. Bạn đã bao giờ tham gia hoặc có ý định tham gia các hoạt động, thể thao nguy hiểm như nhảy dù, đua xe, lặn, leo núi, trượt tuyết, tàu lượn, trượt pa-tanh bốn bánh, nhảy từ vách đá xuống nước, cà kheo tự do, đi trên dây, quả cầu Zorbing?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Bạn đã bao giờ mua bảo hiểm nhân thọ mà bị từ chối, tạm hoãn, tăng phí vì lý do sức khỏe, nghề nghiệp hay bất kỳ lý do nào khác chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Câu hỏi dành cho Nữ a. Có bao giờ bạn phát hiện hoặc chẩn đoán khối u/ nang tuyến vú, ung thư vú, viêm xơ tuyến vú không? b. Bạn đã/ đang đi khám hoặc điều trị vì rối loạn kinh nguyệt, viêm đường sinh dục, u nang buồng trứng, u xơ tử cung, polyp cổ tử cung, xuất huyết bất thường ở âm đạo, ung thư tử cung/ cổ tử cung/ buồng trứng không? c. Bạn có làm xét nghiệm tế bào cổ tử cung (PAP smear), nhũ ảnh, siêu âm vú/ phụ khoa lần nào chưa? Xin cho biết kết quả? d. Hiện tại bạn đang có thai không? Nếu CÓ xin cho biết: - Thaitháng - Ngày kinh cuối:/...../..... - Ngày dự sinh:/...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vui lòng cho biết chi tiết đối với câu trả lời "CÓ":			
.....			
.....			

Câu hỏi sức khỏe dành cho Người được bảo hiểm < 18 tuổi:

Câu hỏi	Trả lời	
	Không	Có
Họ tên Người được bảo hiểm:		
Chiều cao:cm Cân nặng:kg		
a. Trẻ có bị sinh sớm dưới 37 tuần tuổi không? Nếu CÓ xin cho biết: - Số tuần thai: _____ tuần. Cân nặng lúc sinh: _____ kg. - Có phải nuôi dưỡng trong lồng kính không? - Có phải điều trị bệnh phổi và suy hô hấp ở thời điểm đó không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hiện tại, trẻ có bị mắc bất kỳ bệnh hoặc thương tật nào không? Đã từng được điều trị hoặc nằm viện quá 5 ngày vì bệnh tật hoặc chấn thương không? Có đang được khám xét, hội chẩn hoặc chờ đợi bất kỳ chẩn đoán, điều trị bệnh tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trẻ có bỏ sót mũi tiêm chủng nào theo lịch tiêm chủng không? Có bị chậm phát triển tâm thần, vận động không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bố mẹ, anh chị em ruột của trẻ có ai đã từng 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: Hemophilia, Thalassemia, hội chứng Down, bệnh loạn dưỡng cơ, hội chứng Tóc-nơ, Clai-phen-tơ, Jacobs...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vui lòng cho biết chi tiết đối với câu trả lời "CÓ":		
.....		
.....		

VI. CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM và NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ TRỢ (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 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 sung; 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

Người được bảo hiểm chính

Bên mua bảo hiểm

(ký và ghi rõ họ tên)

(ký và ghi rõ họ tên)

(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