



HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM

(Liên 1: Công ty bảo hiểm)

Hợp đồng bảo hiểm số:

I. BÊN MUA BẢO HIỂM		<input type="checkbox"/> Chọn ô này nếu Bên mua bảo hiểm đồng thời là Người được bảo hiểm			
Họ và tên:		Ngày sinh:/...../.....			
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Quốc tịch: ...	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:		Ngày cấp: .../.../...	Nơi cấp:	Thu nhập tháng: (VNĐ)	
Nghề nghiệp:		Công việc cụ thể:			
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)(ĐĐ)			Email:		
<input type="checkbox"/> Chọn ô này nếu hiện tại Bên mua bảo hiểm CÓ khai báo thuế tại Hoa Kỳ không?					

II. NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên:.....		Ngày sinh:.....			
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Quốc tịch:	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:		Ngày cấp: .../.../...	Nơi cấp:		
Thu nhập tháng (VNĐ):.....		Quan hệ với bên mua bảo hiểm:.....			
Nghề nghiệp:.....		Công việc cụ thể:			
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)(ĐĐ)			Email:.....		

Ngoài Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này, Người được bảo hiểm có đang yêu cầu được bảo hiểm hoặc đang được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm tín dụng 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	Ngân hàng/chi nhánh

III. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG TÍN DỤNG

Số Hợp đồng tín dụng:	Ngày ký: .../.../.....	Thời hạn vay:
Bên vay:	<input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm	Tổ chức tín dụng:
Số tiền được duyệt vay (VNĐ):	Loại hình vay:	
Ngày giải ngân:/...../.....	Dư nợ tại Ngày yêu cầu bảo hiểm (VNĐ):	
Loại Hợp đồng tín dụng:	<input type="checkbox"/> Hợp đồng tín dụng thông thường <input type="checkbox"/> Hợp đồng tín dụng hạn mức	

IV. SẢN PHẨM BẢO HIỂM YÊU CẦU MUA

Bảo hiểm tử kỳ dành cho người đi vay Bảo hiểm tử kỳ dành cho người đi vay (phiên bản 2.5)

Số tiền bảo hiểm:% Khoản dư nợ vay còn lại Cơ sở tính phí: Dư nợ gốc thực tế Dư nợ gốc ban đầu

Tỷ lệ phí bảo hiểm:% Thời hạn bảo hiểm: Theo quy định trong Quy tắc điều khoản bảo hiểm

Định kỳ đóng phí: Hàng tháng Hàng quý Nửa năm Hàng năm

Phương thức đóng phí: Trích nợ tự động (Bên mua bảo hiểm đồng ý ủy quyền cho tự động trích tiền từ tài khoản của Bên mua bảo hiểm mở tại để đóng phí bảo hiểm định kỳ hoặc thay mặt Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo các quy định trong Hợp đồng bảo hiểm Bảo An Tín Dụng trong trường hợp cần thiết).

Người thụ hưởng: Tổ chức tín dụng

Bảo An Tín Dụng Ưu Việt Bảo hiểm tử kỳ dành cho người đi vay phí đơn kỳ (phiên bản 2)

Số tiền bảo hiểm ban đầu (VNĐ)..... Tỷ lệ tham gia bảo hiểm:%

Định kỳ giảm số tiền bảo hiểm: Hàng tháng Hàng quý Nửa năm Hàng năm Giảm một lần

Phương thức đóng phí: Tiền mặt (áp dụng cho số tiền nộp \leq triệu) Chuyển khoản Khác

Thời hạn bảo hiểm:năm Tổng phí bảo hiểm đóng một lần (VNĐ):

Người thụ hưởng (nhận phần Quyền lợi bảo hiểm còn lại sau khi chi trả cho Tổ chức tín dụng):

ST T	Họ và tên	Ngày sinh	Số CMND/Hộ chiếu	Địa chỉ	Quan hệ với người được bảo hiểm	Tỷ lệ thụ hưởng (%)

KHAI BÁO TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

STT	Câu hỏi sức khỏe	Trả lời	
	Chiều cao:cm Cân nặng:kg	Không	Có
1	<p>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 Tớc-nơ, Clai-phen-tơ, Jacobs...?</p> <p>b. Bạn có bị dị dạng, thương tật, dị tật bẩm sinh nào không?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<p>Bạn đã/ đang mắc phải bệnh nào trong các bệnh sau không? <u>Xin gạch chân bệnh mắc phải</u></p> <p>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 như 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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<p>Trong vòng 12 tháng gần đây, bạn có thấy các dấu hiệu triệu chứng sau đây không? <u>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 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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<p>Trong vòng 5 năm qua:</p> <p>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 ?Phẫu thuật? Dùng thuốc gì ?</p> <p>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 bệnh của bạn). Xin ghi rõ loại xét nghiệm đã làm, kết quả, lý do và thời điểm thực hiện xét nghiệm</p> <p>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.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<p>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?</p> <p>b. Bạn có hút thuốc trên 20 điếu/ ngày không? Nếu CÓ, bao nhiêu điếu một ngày? Hút trong vòng bao nhiêu năm?</p> <p>c. Bạn có bao giờ được điều trị bệnh nghiện rượu không?</p> <p>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...?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<p>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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<p>Câu hỏi dành cho Nữ</p> <p>a. Có bao giờ bạn phát hiện hoặc chẩn đoán khối u/ nang tuyến vú, ung thư vú, viêm xơ tuyến vú không?</p> <p>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?</p> <p>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 ?</p> <p>d. Hiện tại bạn đang có thai không?Thai.....tháng Ngày kinh cuối: ../.../.....Dự sinh: ../.../...</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vui lòng cho biết chi tiết đối với câu trả lời “Có”.....
.....
.....

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;

Tôi, Người được bảo hiểm, 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.

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 cung cấp cho tôi. Tôi cũng cam kết đã 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; 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.

.....ngày.....tháng.....năm.....

Người được bảo hiểm
(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)

Mã số:..... Chi nhánh/PGD:.....

Mã số:..... Chi nhánh/PGD:.....

Điện thoại:..... Email:.....

Điện thoại:.....