



GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ

Số Giấy yêu cầu bảo hiểm

Số Hợp đồng bảo hiểm

Số phiếu thu phí Bảo hiểm

Ngày

Họ và tên Tư vấn bảo hiểm	Mã số Tư vấn bảo hiểm
<input type="text"/>	<input type="text"/>

A. BÊN MUA BẢO HIỂM (trong tài liệu này sẽ được viết tắt là BMBH)

Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu BMBH cũng là Người được bảo hiểm chính

1. Họ và tên (theo CMND/CCCD/Hộ chiếu) viết IN HOA

2. Ngày tháng năm sinh Nơi sinh Nam Nữ

3. CMND/CCCD/Hộ chiếu

Ngày cấp Nơi cấp

4. Quốc tịch (Vui lòng ghi các quốc tịch, nếu có)

5. Tình trạng hôn nhân Độc thân Đã kết hôn Góa Đã ly dị

6. Quan hệ với người được bảo hiểm Bản thân Vợ/Chồng Cha/mẹ

Khác (Vui lòng ghi rõ)

7. Nghề nghiệp Chức vụ

Công việc

Cơ quan Địa chỉ

8. Thu nhập hàng năm (triệu đồng)

9. Tài khoản Ngân hàng (để nhận các khoản thanh toán, nếu có, liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm)

Số Tài khoản Chi nhánh

Chủ Tài khoản P.Giao dịch

Ngân hàng Tỉnh/TP

10. Địa chỉ

Chi tiết	Địa chỉ thường trú	Địa chỉ liên lạc (nếu khác địa chỉ thường trú)
Số nhà/Đường/Tổ/Ấp/Thôn	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Phường/Xã/Thị trấn	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quận/Huyện/T.Xã/T.Phố	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tỉnh/T.Phố	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Điện thoại Di động Cố định

12. Thư điện tử (Email)

Tôi/Chúng tôi đồng ý nhận mọi thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm từ Generali Việt Nam

qua địa chỉ thư điện tử và số điện thoại mà Tôi đã cung cấp.

Nếu không đồng ý, vui lòng đánh dấu vào ô này

13. Thông tin liên lạc khẩn cấp

Người liên lạc Giới tính Năm sinh

Điện thoại di động Quan hệ với BMBH

Email

Địa chỉ

**B. NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (trong tài liệu này sẽ được viết tắt là NĐBH)***(Vui lòng điền thông tin nếu NĐBH chính không phải là BMBH)*

1. Họ và tên (theo CMND/CCCD/Hộ chiếu) viết IN HOA
2. Ngày tháng năm sinh Nơi sinh Nam Nữ
3. CMND/CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh
 Ngày cấp Nơi cấp
4. Quốc tịch *(Vui lòng ghi các quốc tịch, nếu có)*
5. Tình trạng hôn nhân Độc thân Đã kết hôn Góa Đã ly dị
6. Nghề nghiệp Chức vụ
 Công việc
 Cơ quan Địa chỉ
7. Thu nhập hàng năm (triệu đồng)

8. Địa chỉ

Chi tiết	Địa chỉ thường trú	Địa chỉ liên lạc <i>(nếu khác địa chỉ thường trú)</i>
Số nhà/Đường/Tổ/Ấp/Thôn		
Phường/Xã/Thị trấn		
Quận/Huyện/T.Xã/T.Phố		
Tỉnh/T.Phố		

9. Điện thoại Di động Cố định
10. Thư điện tử (Email)

C. NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NẾU CÓ)*(Nếu có NĐBH bổ sung được liệt kê ở mục này, vui lòng lập Tờ khai thông tin cho từng NĐBH bổ sung)*

Họ và tên NĐBH bổ sung	Ngày sinh	Giới tính	Quan hệ của BMBH với NĐBH bổ sung

D. NGƯỜI THỤ HƯỞNG

- Người thụ hưởng có thể là Ông/Bà, Cha/Mẹ, Vợ/Chồng, Con, Anh/Chị/Em ruột của NĐBH.
- Tổng tỷ lệ % thụ hưởng của tất cả những Người thụ hưởng phải là 100%.

Họ và tên Người Thụ hưởng	Số CMND/CCCD Hộ chiếu/Khai sinh	Ngày sinh	Quan hệ với NĐBH chính	Tỷ lệ thụ hưởng (%)



E. SẢN PHẨM YÊU CẦU BẢO HIỂM

(Vui lòng ghi thông tin phù hợp với thông tin trên Bảng Minh họa Quyền lợi bảo hiểm)

Họ và tên (những) NĐBH	Sản phẩm Bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Phí bảo hiểm (đồng)

Tổng số tiền phí Bảo hiểm tạm tính (đồng)

Định kỳ đóng phí Hàng năm Nửa năm Quý Khác
 Phương thức đóng phí Tiền mặt Thẻ tín dụng/Ghi nợ Chuyển khoản Khác

F. CÁC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM HIỆN CÓ

Ông/Bà có hợp đồng bảo hiểm hoặc yêu cầu bảo hiểm tại bất kỳ Công ty Có Không bảo hiểm hoặc Tổ chức tài chính nào kể cả tại Generali Việt Nam không?

Nếu Có, xin vui lòng trả lời chi tiết dưới đây:

Tên Công ty/ Tổ chức	Họ và tên NĐBH	Số hợp đồng	Số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực

Nếu có bất kỳ hợp đồng/yêu cầu bảo hiểm nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối bảo hiểm hoặc đình chỉ thực hiện đối với Người được bảo hiểm, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết vào ô dưới đây:

G. TIỀN SỬ BỆNH CỦA GIA ĐÌNH

Cha, Mẹ, Anh, Chị, Em ruột của NĐBH/ BMBH có ai mắc các bệnh sau đây không? Có Không

- a) bệnh tim, ung thư, đột quy, cao huyết áp, tiểu đường, tai biến mạch não,
- b) xơ cứng rải rác, nhược cơ, thận đa nang, lao, tâm thần, trầm cảm,
- c) HIV/AIDS,
- d) bệnh di truyền.

Nếu Có, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết dưới đây:

Mối quan hệ với		Hiện nay		Nếu đã tử vong	
NĐBH	BMBH	Tuổi	Tình trạng bệnh	Tuổi lúc tử vong	Nguyên nhân

**H. SỨC KHỎE VÀ TIỀN SỬ BỆNH CỦA NĐBH VÀ BMBH**

Chi tiết	NĐBH		BMBH		Vui lòng ghi thông tin chi tiết cho câu trả lời CÓ
	Có	Không	Có	Không	
1. Chiều cao và cân nặng Chiều cao (cm) Cân nặng (kg)	_____	_____	_____	_____	
2. Cân nặng của Ông/Bà có thay đổi từ 5 kg trở lên trong 12 tháng vừa qua không? Nếu Có, vui lòng cho biết số cân nặng thay đổi và lý do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Trong vòng 12 tháng vừa qua, Ông/Bà có hút thuốc lá không? Nếu Có, vui lòng cho biết số điếu hút mỗi ngày và thời gian đã hút được bao lâu Số lượng hút (điếu/ngày) Từ năm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay có uống bia, rượu không? Nếu Có, vui lòng cho biết loại đồ uống và mức sử dụng trung bình hàng tuần Số lần uống hàng tuần Lượng rượu uống mỗi lần (ml) (1 lít = 1.000 ml = 100 chén/4 xị rượu) Lượng bia uống mỗi lần (ml) (1 lít = 1.000 ml = 3 lon/chai bia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay: a. sử dụng thuốc gây nghiện hoặc chất gây nghiện, ví dụ như các sản phẩm từ thuốc phiện, thuốc an thần, cần sa, ma túy, chất gây ảo giác, amphetamin, cocain, thuốc lắc...? b. được điều trị hoặc tư vấn liên quan đến việc sử dụng thuốc gây nghiện, chất gây nghiện, nghiện rượu, ma túy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Hiện nay Ông/Bà có tham gia hoặc dự định tham gia vào hoạt động mạo hiểm hoặc nguy hiểm, ví dụ như lặn, đua xe, leo núi, bay bằng máy bay quân sự/máy bay cá nhân, bay không phải với tư cách là hành khách? Nếu Có, vui lòng cho biết loại hình hoạt động, thời gian và số lần tham gia trong mỗi năm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ông/Bà đã từng ở nước ngoài trong 12 tháng vừa qua hoặc dự định đi tới (các) quốc gia nào khác ngoài Việt Nam không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Nếu Có, vui lòng nêu tên quốc gia, thời điểm đi, thời gian lưu trú, và mục đích.					
8. Ông/Bà có đang hoặc chuẩn bị được điều trị y tế vì bất kỳ bệnh tật nào hoặc dự định khám, xét nghiệm, tư vấn bác sỹ, hoặc nhập viện vì bất kỳ lý do nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Trong 5 năm vừa qua, Ông/Bà đã bao giờ được xét nghiệm, hoặc dự định làm xét nghiệm như: a. X-quang, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, siêu âm, sinh thiết, điện tâm đồ, xét nghiệm máu, gen, nhiễm sắc thể, nước tiểu, hoặc b. bất kỳ xét nghiệm nào khác? Nếu Có, vui lòng ghi rõ kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và phương pháp điều trị.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. Ông/Bà đã từng có hoặc hiện nay có bất kỳ dấu hiệu, hoặc triệu chứng, hoặc mắc bệnh, hoặc được khám, hoặc xét nghiệm, hoặc tư vấn, hoặc chẩn đoán, hoặc điều trị về:					
a. Tim mạch: ▪ đau thắt ngực, tăng mỡ máu, cao huyết áp, xơ vữa mạch máu, dị dạng mạch máu, giãn tĩnh mạch, ▪ tai biến mạch não, nhồi máu não, xuất huyết não, thiếu máu não, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, ▪ bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh màng tim, rối loạn nhịp tim, hoặc ▪ bất kỳ rối loạn hay bệnh lý của tim, mạch máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Hô hấp: ▪ khó thở, ho kéo dài trên 7 ngày, ho ra máu, hen suyễn, ▪ bệnh phổi mãn tính, bệnh phổi tắc nghẽn, bệnh lao, hoặc ▪ bất kỳ rối loạn hay bệnh lý phổi, hô hấp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Tiêu hóa: ▪ vàng da, vàng mắt, rối loạn chức năng gan, sỏi mật, xơ gan, viêm gan B, viêm gan C hoặc bất kỳ bệnh viêm gan, ▪ xuất huyết tiêu hóa, viêm/loét dạ dày, viêm/loét tá tràng, viêm/loét đại tràng, trào ngược dạ dày - thực quản, trĩ, bệnh hậu môn trực tràng, hoặc ▪ bất kỳ rối loạn hay bệnh của đường tiêu hóa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<p>d. Tiết niệu sinh dục:</p> <ul style="list-style-type: none">phù, có máu hoặc đạm hoặc đường trong nước tiểu,sỏi đường niệu, nhiễm trùng đường niệu, suy thận, viêm cầu thận, viêm thận, hội chứng thận hư, hoặcbất kỳ rối loạn hay bệnh lý của hệ tiết niệu hoặc bộ phận sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>e. Thần kinh - tâm thần:</p> <ul style="list-style-type: none">đau đầu hoặc chóng mặt kéo dài trên 7 ngày, run chân tay, yếu/liệt chân tay, bất tỉnh, ngất, đột quy, co giật,động kinh, viêm não, viêm màng não, bại não, bệnh tủy sống, sa sút trí tuệ, trầm cảm, rối loạn tâm thần, Parkinson, Alzheimer, hoặcbất kỳ rối loạn hay bệnh lý về thần kinh, tâm thần?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>f. Nội tiết:</p> <ul style="list-style-type: none">tiểu đường, rối loạn chuyển hóa đường, bướu cổ, u/nang/nhân tuyến giáp, rối loạn chức năng tuyến giáp,bệnh lý hay rối loạn chức năng tuyến thượng thận, tuyến yên, hoặcbất kỳ rối loạn hay bệnh lý của tuyến nội tiết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>g. Da, Cơ-Xương-Khớp:</p> <ul style="list-style-type: none">tàn tật, dị tật, thấp khớp, viêm khớp, gout, thoát vị đĩa đệm, bệnh lý về cơ, bệnh lý hay dị dạng về cột sống, bệnh lý hay dị dạng về lồng ngực, bệnh lý hay dị dạng về chi, hoặcbất kỳ rối loạn hay bệnh lý về da, cơ, xương, khớp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>h. Huyết học:</p> <ul style="list-style-type: none">xuất huyết dưới da, xuất huyết giảm tiểu cầu, thiếu máu, máu không đông, bệnh bạch cầu, suy tủy,đã từng nhận truyền máu hoặc các sản phẩm từ máu, hoặc được khuyên không cho máu, hoặcbất kỳ rối loạn hay bệnh lý về máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>i. Mắt, Tai-Mũi-Họng:</p> <ul style="list-style-type: none">chảy dịch/máu/mủ lỗ tai, chảy máu mũi, giảm thị lực, giảm thính lực, nhìn đôi, lác mắt,khàn tiếng, khó phát âm, khó nuốt, nuốt nghẹn, hoặcbất kỳ bệnh lý hay rối loạn về mắt, tai, mũi, họng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<p>j. Khối u - Ung thư:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ u, nang, polyp, ung thư, nổi hạch, nhiễm chất độc da cam, nhiễm hóa chất, hoặc ▪ bất kỳ rối loạn hay bệnh lý về u bướu? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>k. Ông/Bà hoặc Vợ/Chồng của Ông/Bà đã bao giờ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ được tư vấn, thăm khám, xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS hoặc bất kỳ tình trạng nào liên quan đến HIV/AIDS, ▪ trong vòng 3 tháng gần đây có một trong các triệu chứng như tiêu chảy kéo dài trên 7 ngày, mệt mỏi, giảm cân, nổi hạch, u bướu? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>l. Bệnh lý khác</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lupus ban đỏ, khuyết tật, thương tật, bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, rối loạn hay bệnh về gen, rối loạn hay bệnh về nhiễm sắc thể, ▪ đã từng được phẫu thuật, hoặc ▪ đã từng nằm viện điều trị vì bất kỳ bệnh lý hay chấn thương? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Câu hỏi dành cho NĐBH là Trẻ em (dưới 10 tuổi):					
<p>a. Cân nặng lúc sinh của trẻ: _____ (kg) Trẻ có được sinh non dưới 39 tuần? Nếu Có, vui lòng ghi rõ: Sinh vào tuần thứ mấy</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>b. Trẻ có bất thường về phát triển thể chất, tâm thần, vận động?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>c. Trẻ có dị tật hoặc bệnh bẩm sinh?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>d. Trẻ có anh/chị em sinh đôi, sinh ba...?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Câu hỏi dành cho NĐBH là Nữ:					
<p>a. Bà có đang mang thai không? Nếu Có, vui lòng cho biết ngày dự sinh.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>b. Bà đã bao giờ có bất kỳ dấu hiệu, hoặc triệu chứng, hoặc mắc bệnh, hoặc được khám, hoặc xét nghiệm, hoặc tư vấn bác sỹ, hoặc chẩn đoán, hoặc điều trị về:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rối loạn kinh nguyệt, ra máu âm đạo bất thường, ▪ xét nghiệm phết tế bào âm đạo - cổ tử cung cho kết quả bất thường, ▪ rối loạn hay bệnh lý của vú, tuyến vú, cơ quan sinh dục, hoặc 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<ul style="list-style-type: none">có bất kỳ biến chứng nào trong thai kỳ hay khi sinh con?					
13. Ông/Bà có thường đến thăm khám hoặc tư vấn y khoa với bác sỹ nào không? Nếu Có, vui lòng cho biết tên và địa chỉ của bác sỹ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CAM KẾT VỀ LUẬT TUÂN THỦ THUẾ ĐỐI VỚI TÀI KHOẢN Ở NƯỚC NGOÀI CỦA HOA KỲ (FATCA)

(Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới, nếu có)

Tôi/Chúng tôi/Người thụ hưởng là công dân/tổ chức hoặc cư trú dài hạn hợp pháp tại Hoa Kỳ

Tôi/Chúng tôi/Người thụ hưởng có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ bao gồm nơi sinh tại Hoa Kỳ và/ hoặc địa chỉ tại Hoa Kỳ và/hoặc số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ;

Tôi/Chúng tôi/Người thụ hưởng có thực hiện nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ.

Tôi/ Chúng tôi với tư cách là BMBH/NĐBH và đại diện theo ủy quyền của (các) Người thụ hưởng theo đây đồng ý rằng:

- Trong trường hợp Tôi/Chúng tôi hoặc (các) Người thụ hưởng là công dân/tổ chức Hoa Kỳ hoặc là người có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ có nghĩa vụ kê khai thuế theo Luật Tuân thủ thuế đối với các tài khoản ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA), Tôi/Chúng tôi đồng ý nộp kèm tờ khai W9/W8 tương ứng theo hướng dẫn của Generali Việt Nam.
- Trong trường hợp Tôi/Chúng tôi hoặc (các) Người thụ hưởng có thay đổi bất kỳ yếu tố nào liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ, Tôi/Chúng tôi/(các) Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho Generali Việt Nam bằng văn bản và sẽ cung cấp thông tin/ chứng từ cần thiết theo yêu cầu của Generali Việt Nam.

CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

1. Tôi/Chúng tôi cam kết và đồng ý rằng:

- Tất cả thông tin nêu trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và trong bất cứ tài liệu nào cung cấp cho Generali Việt Nam hoặc bác sỹ của Generali Việt Nam đều là những thông tin trung thực và đầy đủ theo hiểu biết của Tôi/Chúng tôi. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc thẩm định sức khỏe không phải là nghĩa vụ bắt buộc của Generali Việt Nam. Việc thẩm định sức khỏe không thay thế cho nghĩa vụ kê khai thông tin đầy đủ và chính xác của BMBH/NĐBH.
- Tôi/Chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm pháp lý với những gì đã khai báo và cam kết. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng nếu có bất kỳ thông tin nào cố tình không được kê khai hoặc cố tình kê khai không chính xác mà nếu biết được những thông tin đó Generali Việt Nam sẽ không nhận bảo hiểm hoặc nhận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn hoặc với điều kiện loại trừ bảo hiểm thì hợp đồng bảo hiểm có thể bị chấm dứt hiệu lực và quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả.
- Kể từ ngày ký Giấy yêu cầu bảo hiểm này cho đến ngày Generali Việt Nam phát hành Giấy Chứng nhận bảo hiểm, Tôi/Chúng tôi sẽ thông báo cho Generali Việt Nam mọi thay đổi liên quan đến tình trạng sức khỏe của Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm. Trên cơ sở thông tin nhận được, Generali Việt Nam có quyền chấp nhận hoặc từ chối hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi.
- Việc đóng phí bảo hiểm cùng với yêu cầu bảo hiểm này cho Generali Việt Nam không ràng buộc Generali Việt Nam phải chấp nhận bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chỉ có hiệu lực khi Generali



Việt Nam đã hoàn toàn chấp nhận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, toàn bộ phí bảo hiểm đầu tiên đã được đóng đầy đủ trong khi Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm vẫn còn sống và trong tình trạng sức khỏe tốt.

- e. Tôi/Chúng tôi không trong tình trạng mất khả năng trả nợ, bị tuyên bố phá sản, hoặc đang bị khởi tố/truy tố/xét xử hoặc khởi kiện
2. Tôi/Chúng tôi đồng ý để Generali Việt Nam thực hiện việc báo cáo và tiến hành xử lý hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật có liên quan nếu trường hợp giao dịch bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi thuộc diện phải báo cáo theo quy định của pháp luật phòng chống khủng bố, phòng chống rửa tiền.
 3. Bằng việc ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm này, Tôi/Chúng tôi với tư cách là BMBH/NĐBH và đại diện theo ủy quyền của (các) Người thụ hưởng, cho phép Generali Việt Nam sử dụng các thông tin cá nhân của Tôi/Chúng tôi và (các) Người thụ hưởng, thông tin liên quan đến yêu cầu bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm này: để cung cấp cho bất kỳ cơ quan nhà nước có thẩm quyền nào khi được yêu cầu (bao gồm cơ quan quản lý thuế Hoa Kỳ); để thẩm định, định phí bảo hiểm, phát hành/Thực hiện hợp đồng bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, phòng chống khủng bố/rửa tiền, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn. Theo đó, Generali Việt Nam được phép cung cấp thông tin cho bên thứ ba cho (các) mục đích nêu trên. Ngoài ra, nếu không có sự đồng ý trước bằng văn bản hoặc không được pháp luật quy định, Generali Việt Nam không được phép chuyển giao các thông tin của Tôi/Chúng tôi cho bất kỳ bên thứ ba nào khác.
 4. Tôi/Chúng tôi cho phép Generali Việt Nam được quyền tự mình hoặc thông qua các bên thứ ba, bao gồm bác sỹ, bệnh viện, phòng khám, công ty bảo hiểm, các cá nhân, tổ chức hay cơ quan khác, tìm hiểu, thu thập, sao chép, xử lý và chuyển giao cho bên có liên quan các thông tin cá nhân của Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm (bao gồm những thông tin, tài liệu sức khỏe, điều trị y tế) nhằm mục đích phục vụ cho việc bảo hiểm hoặc giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm. Tôi/Chúng tôi đồng ý và chấp nhận cho phép bất cứ bên thứ ba nào được Generali Việt Nam tiếp xúc hoặc yêu cầu đều được quyền cung cấp các thông tin cá nhân (bao gồm những thông tin, tài liệu sức khỏe, điều trị y tế) của Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm.
 5. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm được giao kết và phát hành tại Việt Nam và bằng đồng Việt Nam. Mọi khoản thanh toán theo hợp đồng bảo hiểm, dù là do Generali Việt Nam thanh toán hay thanh toán cho Generali Việt Nam, sẽ được thực hiện bằng đồng Việt Nam và tại Việt Nam.
 6. Tôi/Chúng tôi đã được cung cấp minh họa quyền lợi bảo hiểm của tất cả sản phẩm bảo hiểm nêu trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và mọi nội dung đã được trình bày giải thích đầy đủ theo yêu cầu của Tôi/Chúng tôi.

Vui lòng đánh dấu vào ô bên phải nếu BMBH/ NĐBH không đồng ý với các cam kết nói trên



LƯU Ý QUAN TRỌNG

- (1) Các thông tin/sự việc có thể đã cung cấp cho Tư vấn bảo hiểm hoặc các thông tin/sự việc mà BMBH/NĐBH không chắc chắn có quan trọng hay không thì xin vui lòng vẫn khai báo.
- (2) Để việc thông tin liên lạc đến BMBH được đầy đủ và kịp thời, xin vui lòng kiểm tra thông tin liên lạc của BMBH ở mục A (địa chỉ, số điện thoại, email) để chắc chắn rằng các thông tin này là rõ ràng và chính xác.
- (3) Đề nghị BMBH/NĐBH kiểm tra lại toàn bộ thông tin yêu cầu bảo hiểm và chắc chắn rằng BMBH/NĐBH hoàn toàn đồng ý với các thông tin đã kê khai trước khi tự mình ký tên và ghi rõ họ tên vào phần dưới đây.

Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi đã đọc, được nghe Tư vấn bảo hiểm giải thích toàn bộ những câu hỏi, lời khai, quyền lợi bảo hiểm trong hồ sơ này, và những thông tin này là phù hợp với nhu cầu bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi. NĐBH xác nhận đã đồng ý cho BMBH đứng tên mua bảo hiểm cho mình.

Hồ sơ này được lập và ký tên tại _____ Lúc _____ giờ, Ngày ____ Tháng ____ Năm _____

BÊN MUA BẢO HIỂM (ký tên và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (ký tên và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)
Họ và tên _____	(1) Họ và tên _____
	(2) Họ và tên _____
	(3) Họ và tên _____

CAM KẾT CỦA TƯ VẤN BẢO HIỂM

Tôi cam kết rằng những thông tin trong Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ này là thông tin duy nhất mà BMBH và NĐBH đã cung cấp cho tôi. Tôi đã không che giấu hoặc hướng dẫn cho khách hàng tạo dựng nên bất kỳ thông tin nào nhằm gây ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Generali Việt Nam.

Tôi cam kết đã gặp trực tiếp BMBH và NĐBH để: kiểm tra ban đầu các thông tin cá nhân, đã giải thích rõ các câu hỏi trong Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ và đã tư vấn cho BMBH và NĐBH đúng theo quy định của Generali Việt Nam.

Tư vấn Bảo Hiểm
Họ và tên _____ Điện thoại liên lạc _____