

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM

Số: A0000000001234

Kính gửi: Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ BIDV MetLife.

Bằng việc kê khai đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm (HSYCBH) này, Tôi/chúng tôi đề nghị được tham gia bảo hiểm tại Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ BIDV MetLife (“BIDV MetLife” hoặc “Công ty”) với các điều kiện bảo hiểm sau đây:

PHẦN 1. THÔNG TIN CÁ NHÂN		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH)	BÊN MUA BẢO HIỂM (*) (BMBH)
1	Họ tên (viết chữ in hoa)		
2	Ngày / tháng / năm sinh	□□ / □□ / □□□□	□□ / □□ / □□□□
3	Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
4	Quốc tịch (**)	<input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Khác:
5	Giấy tờ nhân thân Số:	<input type="checkbox"/> CMND <input type="checkbox"/> Căn cước công dân <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> Giấy khai sinh	<input type="checkbox"/> CMND <input type="checkbox"/> Căn cước công dân <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> Giấy khai sinh
6	Trình độ học vấn	<input type="checkbox"/> Trên ĐH <input type="checkbox"/> ĐH <input type="checkbox"/> CĐ/TC <input type="checkbox"/> THPT <input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Trên ĐH <input type="checkbox"/> ĐH <input type="checkbox"/> CĐ/TC <input type="checkbox"/> THPT <input type="checkbox"/> Khác:
7	Tình trạng công việc/ học tập hiện nay	<input type="checkbox"/> Đi làm <input type="checkbox"/> Đi học <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Không/chưa đi làm/đi học	<input type="checkbox"/> Đi làm <input type="checkbox"/> Đi học <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Không/chưa đi làm/đi học
8	Nghề nghiệp, chức vụ (ghi chi tiết công việc đang làm)		
9	Nơi làm việc/ học tập		
10	Tổng thu nhập bình quân	(triệu VNĐ/năm)	(triệu VNĐ/năm)
11	Nguồn gốc thu nhập chính		
12	Số tài khoản ngân hàng: Mở tại ngân hàng		
13	Địa chỉ thường trú Số nhà, tên đường, phố Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP		
14	Địa chỉ liên lạc/ Nơi ở hiện tại Số nhà, tên đường, phố Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP		
15	Số điện thoại	CĐ: DĐ:	CĐ: DĐ:
16	Địa chỉ email		
17	Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa
18	Số con hiện có	con dưới 18 tuổi con từ 18 tuổi trở lên	con dưới 18 tuổi con từ 18 tuổi trở lên
19	Quan hệ giữa Người được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm:		Nhân viên

(*) Chỉ kê khai nếu BMBH không phải là NDBH. Trường hợp BMBH là tổ chức: chỉ kê khai tên giao dịch chính thức và điền thông tin theo mẫu “**Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm dành cho tổ chức**” rồi nộp kèm HSYCBH này.

(**) Nếu Quý khách có từ 2 quốc tịch trở lên, vui lòng ghi tất cả các quốc tịch và cách nhau bằng dấu “, ”

PHẦN 3. CHỈ ĐỊNH NGƯỜI THỤ HƯỞNG CỦA SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHÍNH ()**

TT	Tên công ty/ Người thụ hưởng	Ngày sinh	Giới tính	CMND/ CCCD/ GKS/HC	Địa chỉ	Quan hệ với NDBH	Tỷ lệ % được hưởng
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
						Tổ chức	50%

(**) Người thụ hưởng là tổ chức: kê khai tên giao dịch chính thức của tổ chức vào cột (1), bỏ qua cột (2), kê khai Giấy phép hoạt động/ Đăng ký kinh doanh (số, ngày cấp, nơi cấp) vào cột (4), kê khai đầy đủ các cột từ (5) đến (7).

Nếu chỉ định nhiều hơn một Người thụ hưởng, các quyền lợi khi thanh toán cho Người thụ hưởng sẽ được chia đều trừ khi có yêu cầu khác.

PHẦN 4. THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Chỉ số cơ thể	NDBH Chính	BMBH
Chiều cao (cm)		
Cân nặng (kg)		

Chi tiết sức khỏe của Người được bảo hiểm:	Có	Không	Có	Không
1 Có bất kỳ thay đổi trọng lượng nào trên 5kg trong 12 tháng gần đây không? Nếu Có, vui lòng nêu nguyên nhân và cân nặng đã thay đổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Có hút bất kỳ loại thuốc nào trong 12 năm trở lại đây không? Nếu Có, vui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chi tiết sức khỏe của Người được bảo hiểm:		Có	Không	Có	Không
lòng cho biết số điếu hút trong một ngày và đã từng hút trong bao nhiêu năm?					
Chi tiết sức khỏe của Người được bảo hiểm:		NDBH Chính		BMBH	
		Có	Không	Có	Không
3	Có sử dụng rượu bia hoặc đồ uống có cồn khác, ma túy hoặc chất gây nghiện không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Người được bảo hiểm đã từng có hoặc được thông tin về việc kiểm tra, điều trị, hoặc có kế hoạch tham gia kiểm tra với bất kỳ các bệnh sau đây:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	Bệnh hen suyễn, viêm phế quản, lao phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), ho dai dẳng, ho ra máu, viêm phổi mãn tính, bụi phổi hoặc bất kỳ rối loạn hô hấp hay phổi nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Bất kỳ bệnh bẩm sinh hoặc bất thường, rối loạn lo âu, động kinh, đột quy, liệt, chân tay yếu, đau đầu kéo dài hoặc bất kỳ bệnh về hệ thần kinh và não, rối loạn về tâm thần hay thần kinh, chậm phát triển về tâm thần và vận động (đối với trẻ em)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn nào của mắt, tai, mũi hay họng hoặc suy giảm thị lực, thính lực hoặc khả năng phát âm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Bệnh tim, đau ngực, thiếu máu cơ tim, tiếng thổi tim, sa van tim hoặc bệnh van tim khác, khó thở, nhịp tim nhanh hoặc không đều, đau/khó chịu/cảm giác hồi hộp ở ngực, sốt thấp khớp, huyết áp cao, tăng lipit (mỡ) máu, bệnh về máu hoặc mạch máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Vàng da, viêm loét dạ dày tá tràng hoặc ruột, viêm gan hay mật hoặc được thông báo mắc Viêm gan siêu vi B hoặc C, viêm tụy cấp hoặc mãn tính, máu trong phân, rò hậu môn trực tràng, bệnh trĩ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Sỏi thận, tiểu máu hoặc tiểu có protein hoặc bất kỳ rối loạn/bệnh của thận hoặc niệu – sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Bệnh đái tháo đường (tiểu đường) hoặc bất kỳ bệnh, rối loạn tuyến giáp, tuyến thượng thận, tuyến yên hoặc rối loạn nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Bất kỳ bệnh hay rối loạn liên quan đến vú, viêm khớp, đau lưng, bệnh gút (gout), cụt tay chân, thoát vị đĩa đệm, đau/biến dạng cột sống, bệnh về da hoặc các tổn thương ở cột sống, cổ, khớp hoặc tay chân nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Ung thư, u bướu phát triển bất thường, nhiễm chất độc màu da cam, nhiễm độc hóa chất hoặc các loại bệnh ác tính khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Hạch to, sụt giảm cân không chủ ý, đồ mỡ hôi ban đêm dai dẳng hoặc tiêu chảy kéo dài hoặc sốt kéo dài?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Đã từng xét nghiệm HIV hay chưa (vui lòng ghi rõ lý do và kết quả) hoặc trong 3 tháng vừa qua đã có một trong các triệu chứng sau đây kéo dài hơn 1 tuần liên tục: mệt mỏi, giảm cân, tiêu chảy, hạch to hoặc các tổn thương da bất thường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Các bất thường, rối loạn khác.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Có đang điều trị hoặc xem xét điều trị y tế hoặc dùng thuốc theo đơn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Trong vòng 5 năm vừa qua, có được điều trị hoặc nằm viện, hoặc được yêu cầu kiểm tra hay xét nghiệm đặc biệt như Điện tâm đồ, X-quang, xét nghiệm máu, chụp MRI, CT scan hoặc sinh thiết không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Có bất cứ thành viên nào trong gia đình của Người được bảo hiểm được chẩn đoán bị bệnh đái tháo đường, bệnh tim, đột quy, ung thư, huyết áp cao, Bệnh Huntington (chứng múa giật Huntington), bệnh gan, bệnh thận hoặc bất kỳ các bệnh di truyền nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Có tham gia vào những hoạt động nguy hiểm như: lặn, đua xe, đua ngựa, leo núi, nhảy dù không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Trong 5 (năm) trở lại đây, đã từng đến hoặc dự định ở lại hay du lịch đến các quốc gia ngoài quốc gia của mình không? Nếu Có , vui lòng nêu tên các quốc gia đó và số lần trên một năm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Có bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, tai nạn, bệnh nan y, hỗ trợ viện phí và	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chi tiết sức khỏe của Người được bảo hiểm:		Có	Không	Có	Không
	bảo hiểm thương tật với BIDV MetLife hoặc bất kỳ công ty nào khác ngoài HSYCBH này không?				
	Nếu Có , vui lòng cho biết hợp đồng có bị tăng phí, bảo hiểm có điều kiện, tạm hoãn, từ chối hoặc được chi trả/bồi thường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Người được bảo hiểm là nữ giới, xin vui lòng cho biết thêm:				
a	Hiện đang mang thai không? Nếu Có , vui lòng ghi rõ ngày dự kiến sinh:				
b	Đã từng bị biến chứng khi mang thai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Đã từng hoặc đang mắc bệnh phụ khoa, rối loạn kinh nguyệt hoặc xuất huyết âm đạo bất thường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* **Đối với các câu trả lời “Có”, vui lòng trả lời chi tiết số câu hỏi theo đơn này, đặc điểm triệu chứng hoặc bệnh, ngày bắt đầu, quá trình điều trị, kết quả kiểm tra, tình trạng sức khỏe hiện tại, tên và địa chỉ bác sỹ điều trị, bệnh viện và đính kèm bằng chứng y tế (kết quả khám, xét nghiệm, giấy ra viện, phiếu mổ...).**

NĐBH Chính:	BMBH:

Thông tin hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm: (nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau đây)

TT	Tên công ty	Số hợp đồng bảo hiểm	Ngày cấp	Tổng số tiền bảo hiểm (VNĐ)	Phí chuẩn/ Tăng phí/ Từ chối	Chi trả/ bồi thường (VNĐ)

ỦY QUYỀN (xin vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

THÔNG BÁO ỦY QUYỀN: Tôi/chúng tôi (Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm/ Người đại diện theo pháp luật hoặc Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm) thông qua việc ký HSYCBH này xác nhận ủy quyền cho Công ty để thu thập thông tin về tình trạng sức khỏe của tôi/chúng tôi/Người được bảo hiểm tại bất kỳ thời điểm nào tại bất kỳ phòng khám, bệnh viện hay bác sỹ nào chẩn đoán và/hoặc điều trị y tế cho chúng tôi; thu thập thông tin liên quan đến chúng tôi từ bất kỳ cơ quan Chính phủ, công ty bảo hiểm, tổ chức hay cá nhân nào để phục vụ cho mục đích thẩm định, kiểm tra, thanh tra việc thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, thực hiện các quy định nhằm bảo đảm việc tuân thủ quy định của pháp luật.

Ngoại trừ trường hợp phải cung cấp các thông tin theo quy định của pháp luật, theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền hoặc trong các trường hợp được quy định tại HSYCBH, Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ chịu trách nhiệm bảo mật thông tin cá nhân do Chúng tôi cung cấp và các thông tin này chỉ được chuyển giao cho bên thứ ba khi được Chúng tôi đồng ý.

CAM KẾT (xin vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

1. Tôi/chúng tôi (Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật, Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm) xác nhận rằng đã được thông báo rõ ràng rằng mọi yêu cầu trong HSYCBH này và khoản phí bảo hiểm tương ứng sẽ chỉ có hiệu lực khi Công ty TNHH Bảo hiểm nhân thọ BIDV MetLife chấp thuận và cấp giấy chứng nhận bảo hiểm nhân thọ.
 - a. Tôi/chúng tôi cam kết rằng thông tin kê khai trong HSYCBH này và các thông tin khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Công ty hay bác sỹ của Công ty là chính xác nhất, đúng nhất theo hiểu biết của tôi/chúng tôi và không che giấu bất kỳ điều gì. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng thông tin kê khai trong HSYCBH này và bất kỳ thông tin nào về sức khỏe mà tôi/chúng tôi cung cấp cho Công ty hay bác sỹ của Công ty là những yếu tố thiết yếu để Công ty xác minh điều kiện bảo hiểm và là cơ sở cần thiết để cả hai bên ký kết Hợp đồng Bảo hiểm này. Do vậy, nếu thông tin được cố ý cung cấp không chính xác hoặc không trung thực, đó sẽ là bằng chứng để Công ty xem xét lại, đình chỉ thực hiện hợp đồng theo quy định của pháp luật.
 - b. Tôi/chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm không phải là nghĩa vụ bắt buộc của Công ty. Việc kiểm tra sức khỏe do Công ty thực hiện (nếu có) chỉ để xác nhận lại nội dung tôi/chúng tôi đã kê khai. Việc kiểm tra sức khỏe đó (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ cung cấp thông tin một cách đầy đủ và chính xác của tôi/chúng tôi. Do vậy, nếu tôi/chúng tôi cố ý kê khai, trả lời không trung thực hoặc không đầy đủ những câu hỏi trong HSYCBH, Công ty có quyền xem xét lại và đình chỉ thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm mà Công ty không chịu bất kỳ nghĩa vụ pháp lý nào.
2. Tôi/chúng tôi đồng ý chi trả các chi phí liên quan đến việc kiểm tra sức khỏe, xét nghiệm y tế đã được thực hiện và các chi phí hành chính liên quan đến việc phát hành Hợp đồng Bảo hiểm (nếu có) nếu tôi/chúng tôi hủy Hợp đồng Bảo hiểm trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận bàn giao Hợp đồng Bảo hiểm.
3. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng thông tin và dữ liệu mà tôi/chúng tôi cung cấp trong HSYCBH này có thể được Công ty sử dụng (mà không cần thêm bất kỳ chấp thuận nào khác của tôi/chúng tôi) cho các mục đích sau: thẩm định, xử lý hồ sơ bảo hiểm, đánh giá về mặt nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm và cung cấp thông tin theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền.
4. Tôi/chúng tôi hiểu rõ và đồng ý cho phép Công ty được thu thập, xử lý và sử dụng thông tin cá nhân của Bên mua bảo hiểm, Người được Bảo hiểm, Người đại diện theo pháp luật/Người giám hộ cho các mục đích nêu trên và để xử lý hồ sơ bảo hiểm; chuyển các thông tin cá nhân nêu trên cho (các) công ty tái bảo hiểm, đại diện pháp luật/luật sư của Công ty; chuyển các thông tin cá nhân nêu trên cho cơ quan có thẩm quyền, cho bất kỳ cơ quan Thuế vụ nước ngoài liên quan để thực hiện nghĩa vụ báo cáo của Công ty, cổ đông của Công ty và các thực thể trực thuộc/liên quan đến Đạo luật thuế đối với các chủ tài khoản nước ngoài (Đạo luật FATCA). Tôi/chúng tôi hiểu và đồng ý cho phép chuyển thông tin cá nhân nêu trên cho các cơ quan Tư pháp trên thế giới theo quy định của Luật pháp Việt Nam cho những mục đích nói trên.
5. Ngoài ra Tôi/chúng tôi cam kết rằng trong quá trình hoàn thành HSYCBH này, bao gồm cả việc trả lời các bảng câu hỏi được đề cập trong HSYCBH cũng như quá trình tư vấn để hoàn thành HSYCBH này:
 - a. Tôi/chúng tôi chỉ cung cấp thông tin kê khai trong HSYCBH này cho Cán bộ bán hàng của Công ty.
 - b. Tôi/chúng tôi điền HSYCBH này một cách tự nguyện và độc lập. Tư vấn tài chính của Công ty không cung cấp bất kỳ thông tin nào bất lợi cho Công ty hoặc tạo điều kiện để HSYCBH của tôi/chúng tôi được Công ty xem xét một cách dễ dàng hơn.
6. Tôi/chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, điền và ký HSYCBH này được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian tôi/chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.
7. Bằng việc ký tên vào HSYCBH này, tôi/chúng tôi cam kết rằng tôi/chúng tôi (i) đã đọc/nghe Tư vấn tài chính giải thích mọi câu hỏi, giải thích mọi đặc điểm về quyền lợi trong Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm; (ii) xác nhận rằng các thông tin kê khai, cung cấp trong HSYCBH này là hoàn toàn đầy đủ và chính xác.
8. Bằng việc ký tên vào HSYCBH này, Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật/Người giám hộ hợp pháp xác nhận đồng ý cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo các nội dung được kê khai trong HSYCBH này.

QUYỀN HỦY HỢP ĐỒNG VÀ HOÀN PHÍ BẢO HIỂM

Tôi/chúng tôi hiểu rằng trong vòng 21 ngày kể từ ngày ký nhận bàn giao lần đầu Hợp đồng Bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm, tôi/chúng tôi có quyền hủy hợp đồng, bằng cách gửi thông báo bằng văn bản, và nhận lại phí bảo hiểm mà tôi/chúng tôi đã đóng (đối với các sản phẩm đầu tư hoặc liên kết đơn vị) và lãi (nếu có) từ việc đầu tư trên khoản phí bảo hiểm đã đóng được tính trên cơ sở giá trị thị trường và tình hình lỗ/lãi (tùy từng trường hợp); hoặc nhận lại phí bảo hiểm sau khi đã khấu trừ những khoản phí liên quan đến kiểm tra sức khỏe, xét nghiệm y tế đã được thực hiện và chi phí hành chính liên quan đến việc phát hành hợp đồng (đối với các sản phẩm khác), với điều kiện là chưa có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào được thực hiện.

Thông báo hủy hợp đồng phải được tôi/chúng tôi ký và được Công ty nhận trực tiếp tại địa chỉ đăng ký của Công ty tại Tầng 10, Tháp A, Vincom City towers – 191 Phố Bà Triệu, Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội (hoặc một địa chỉ khác của Công ty được thông báo trước cho tôi/chúng tôi theo cách thức quy định tại Hợp đồng bảo hiểm) trong vòng 21 ngày kể từ ngày ký nhận bàn giao lần đầu Hợp đồng bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm và ngày kết thúc thời hạn cân nhắc, tính theo ngày nào đến trước.

Tôi/chúng tôi đã được tư vấn và hiểu rằng nếu tôi/chúng tôi có bất kỳ thắc mắc nào về quyền hủy hợp đồng, tôi/chúng tôi có thể liên lạc tới Đường dây nóng Dịch vụ Khách hàng của Công ty để biết thêm chi tiết.

GHI CHÚ:

Công ty là bên thẩm định HSYCBH, chịu trách nhiệm duy nhất về quyền lợi bảo hiểm và thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo HSYCBH này.

- Bên mua bảo hiểm xác nhận đã được tư vấn và hiểu rằng việc giao kết các hợp đồng bảo hiểm bổ trợ kèm theo các hợp đồng bảo hiểm chính không phải là điều kiện bắt buộc để duy trì hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm chính.
- Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, Thư chấp thuận do Cha mẹ hoặc Người giám hộ của Người được bảo hiểm cần được nộp kèm HSYCBH.

BÊN MUA BẢO HIỂM Ngày tháng năm		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM Ngày tháng năm	
Chữ ký 1:	Chữ ký 2:	Chữ ký 1:	Chữ ký 2:
Họ và tên:		Họ và tên: <i>(Nếu NĐBH dưới 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật của NĐBH sẽ ký tại đây)</i>	

Phần dành cho BIDV MetLife	Mã số Tư vấn viên 1:	Mã số Tư vấn viên 2:								
Phụ trách thẩm định:	Chữ ký:	Chữ ký:								
	Họ và tên:	Họ và tên:								
Số hợp đồng: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Điện thoại:	Điện thoại:

Xin chân thành cảm ơn. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Quý khách đã hoàn thành.

