

A.2 - BÊN MUA BẢO HIỂM LÀ TỔ CHỨC

1. Tên tổ chức															
2. Giấy phép số	Ngày cấp:														
3. Lĩnh vực hoạt động	Mã số thuế:														
4. Thông tin liên hệ	Địa chỉ trụ sở chính:														
	Số điện thoại:					Email:									
5. Người đại diện theo pháp luật	Họ và tên:					Ngày sinh:									
	Số CMND/CC/HC:					Ngày cấp:									
	Quốc tịch:					Quốc tịch khác (nếu có):									
	Điện thoại cố định:					Điện thoại di động:									
	Email:														
	Địa chỉ thường trú:														
	Địa chỉ liên hệ:														

A.3 - NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Vui lòng điền chi tiết nếu NĐBH không phải là BMBH)

1. Họ và tên															
2. Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ														
3. Ngày sinh	Ngày	Tháng	Năm												
4. Số CMND/CCCD/HC	Ngày cấp:														
5. Quốc tịch	Quốc tịch thứ nhất:					Các quốc tịch khác (nếu có):									
6. Dân tộc	<input type="checkbox"/> Kinh <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ):														
7. Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Có gia đình <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ <input type="checkbox"/> Ly dị														
8. Nghề nghiệp	Chức vụ:					Lĩnh vực kinh doanh:									
	Công việc cụ thể:					Cơ quan:									
9. Thu nhập cá nhân (triệu đồng/tháng)	<input type="checkbox"/> dưới 4,5		<input type="checkbox"/> 4,5 đến dưới 7,5			<input type="checkbox"/> 7,5 đến dưới 15				<input type="checkbox"/> 15 đến dưới 30					
	<input type="checkbox"/> 30 đến dưới 45		<input type="checkbox"/> 45 đến dưới 75			<input type="checkbox"/> 75 đến dưới 150				<input type="checkbox"/> từ 150 trở lên					
10. Địa chỉ	Địa chỉ nơi ở hiện tại										Địa chỉ thường trú (nếu khác địa chỉ nơi ở hiện tại)				
	Số nhà/Tên đường														
	Xã/Phường/Thị trấn														
	Quận/Huyện/Thị xã														
	Tỉnh/Thành phố														

B. THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG (Tổng tỷ lệ % được hưởng của tất cả những Người thụ hưởng phải là 100%)

Nếu NĐBH từ 18 tuổi trở lên, Người thụ hưởng có thể là Ông/Bà (nội, ngoại), Cha/Mẹ, Vợ/Chồng, Con, Anh/Chị/Em ruột của NĐBH.

Nếu NĐBH dưới 18 tuổi, Người thụ hưởng được chỉ định phải là Bản thân, Cha/Mẹ ruột hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH.

Họ và tên	Giới tính		Quan hệ với NĐBH				Tỷ lệ % thụ hưởng	Ngày tháng năm sinh	Số CMND/CCCD Hộ chiếu	Các quốc tịch
	Nam	Nữ	Cha/Mẹ	Vợ/Chồng	Con	Khác				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

C. THÔNG TIN SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Tên sản phẩm	Họ và tên NĐBH	Số tiền bảo hiểm
Sản phẩm bảo hiểm chính		

C. THÔNG TIN SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Tên sản phẩm	Họ và tên NĐBH	Số tiền bảo hiểm
Các sản phẩm bảo hiểm bổ sung		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Phí bảo hiểm

Định kỳ đóng phí	<input type="checkbox"/> Hàng năm	<input type="checkbox"/> Nửa năm	<input type="checkbox"/> Hàng quý	<input type="checkbox"/> Hàng tháng
Tiền phí bảo hiểm đóng cùng hồ sơ này (đồng)			Phiếu thu số	

Phân bổ đầu tư vào các quỹ (Nếu sản phẩm chính là Bảo hiểm Liên Kết Đơn Vị)

(Tỷ lệ % đầu tư vào mỗi quỹ phải là bội số của 5 và tổng tỷ lệ đầu tư vào các quỹ phải là 100%).

	Quỹ Thận trọng (%)	Quỹ Cân bằng (%)	Tổng cộng (%)
Phí bảo hiểm định kỳ			
Phí tích lũy (nộp cùng hồ sơ yêu cầu bảo hiểm)			

D. THÔNG TIN VỀ LỐI SỐNG VÀ SỨC KHỎE

	NĐBH		BMBH	
1. Chiều cao và cân nặng	Chiều cao	cm		cm
	Cân nặng	kg		kg
2. Ông/Bà có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng gần đây không? Nếu có xin vui lòng ghi rõ lượng thuốc hút trung bình mỗi ngày	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không
		điều/ngày		điều/ngày
3. Ông/Bà đã từng mắc phải hay được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bất kỳ bệnh nào sau đây không? Bệnh tim mạch, cơn đau tim, bệnh mạch vành, cao huyết áp, đau ngực, tăng mỡ trong máu, đột quỵ, cơn thiếu máu não thoáng qua, suyễn, lao phổi hoặc bệnh hệ hô hấp, ung thư, u, bướu, tiểu đường, bệnh tuyến giáp, viêm gan hoặc bệnh gan, bệnh hệ tiêu hoá, bệnh thận hoặc bệnh hệ tiết niệu, trầm cảm, bệnh tâm thần, động kinh, bệnh não hoặc bệnh hệ thần kinh, nhiễm HIV hoặc xét nghiệm HIV dương tính, bệnh cơ-xương-khớp, bệnh Lupus, thiếu máu hoặc bệnh về máu, bệnh mắt, thương tổn hoặc di chứng do tai nạn.	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không
4. Trong 5 năm vừa rồi, ông/bà đã bao giờ phải nằm viện, được phẫu thuật, hoặc được kê toa thuốc từ 7 ngày trở lên để điều trị bệnh hoặc thương tổn, hoặc có các kết quả bất thường qua kiểm tra y tế, thực hiện các xét nghiệm máu, nước tiểu, chụp X-quang, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, siêu âm, điện tâm đồ, sinh thiết hoặc bất kỳ xét nghiệm nào khác?	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không
5. Trong gia đình ông/bà có hay không từ hai thành viên trở lên (cha/mẹ/anh/chi/em ruột) mắc phải hay bị chết do bệnh ung thư (bao gồm carcinôm tại chỗ), bệnh tim (bao gồm có âm thổi tim), đột quỵ, tiểu đường, suy thận, bệnh gan hoặc bất kỳ bệnh di truyền nào khác như thận đa nang, bệnh Huntington, loạn dưỡng cơ, xơ nang, hội chứng đa pólíp tuyến có tính chất gia đình trước tuổi 60?	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không

D. THÔNG TIN VỀ LỐI SỐNG VÀ SỨC KHỎE**NĐBH****BMBH**

6. Ông/Bà đã từng bị tăng phí, loại trừ bảo hiểm, tạm hoãn hoặc từ chối bảo hiểm tại bất kỳ Công ty bảo hiểm nào không?	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không
7. (Câu hỏi dành riêng cho nữ) Bà có được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bệnh của tuyến vú, cổ tử cung, tử cung, phần phụ hay rối loạn kinh nguyệt không?	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không
8. (Câu hỏi dành riêng cho trẻ em) Cân nặng lúc sinh dưới 1,5 kg hoặc hiện tại đang mắc phải hoặc điều trị Hội chứng Down, chậm phát triển tâm thần, bại não, ung thư (bao gồm ung thư máu), suy tim, bệnh cơ tim hạn chế, suy thận giai đoạn cuối, suy gan, tiểu đường tuýp 1, bệnh AIDS, hoặc bất kỳ bệnh nặng giai đoạn cuối nào khác?	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không

Nếu Ông/Bà đã trả lời 'Có' cho bất cứ câu hỏi nào trong các câu 3, 4, 5, 6, 7 và 8 ở trên, xin vui lòng ghi số câu được trả lời Có và mô tả chi tiết thông tin vào ô dưới đây:

Người được bảo hiểm	
Bên mua bảo hiểm	

E. THÔNG TIN VỀ VIỆC THAM GIA BẢO HIỂM**NĐBH****BMBH**

1. Ông/Bà đã từng bị tăng phí, loại trừ bảo hiểm, tạm hoãn hoặc từ chối bảo hiểm tại bất kỳ Công ty bảo hiểm nào không? Nếu có, xin vui lòng cho biết: Lý do Tên công ty bảo hiểm	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không
2. Ông/Bà hiện có hợp đồng bảo hiểm nhân thọ với các Công ty bảo hiểm khác không?	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không

a. b. Xin cung cấp thông tin về hợp đồng bảo hiểm nhân thọ với các Công ty bảo hiểm khác theo chi tiết dưới đây:

Tên Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng	Họ và tên NĐBH	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Tên sản phẩm bảo hiểm	Ngày hiệu lực

c. d. Ông/Bà có hợp đồng bảo hiểm nào bị hủy trong 12 tháng gần đây hoặc dự định hủy hợp đồng bảo hiểm trong 12 tháng tới ở các Công ty bảo hiểm khác không? Nếu có, xin vui lòng cho biết: Lý do	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không
--	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

F. THỰC HIỆN GIAO DỊCH ĐIỆN TỬ

Tôi, Bên mua bảo hiểm, đăng ký sử dụng dịch vụ giao dịch điện tử tại trang thông tin Bảo hiểm của Tôi - MyAIA (www.aia.com.vn) và đề nghị được nhận bộ hợp đồng bảo hiểm điện tử (ePolicy) trên trang này thay cho việc nhận bộ hợp đồng bảo hiểm bằng giấy:

 Đồng ý Không đồng ý

Bằng việc đánh dấu chọn vào ô Đồng ý bên trên, tôi xác nhận đã đọc kỹ, hiểu rõ và cam kết tuân thủ Điều Khoản Sử Dụng và Cam Kết Bảo Mật của trang thông tin nói trên. Đồng thời, tôi cũng đồng ý và cam kết thêm rằng:

- b. Công ty được quyền gửi thông tin về Tên đăng nhập, Mật khẩu và các thông tin khác liên quan tới giao dịch điện tử qua địa chỉ Email và/hoặc số điện thoại di động mà tôi cung cấp tại Phần thông tin Bên mua bảo hiểm nói trên hoặc trong các yêu cầu thay đổi được Công ty chấp thuận cập nhật.
- c. Mọi giao dịch được thực hiện trên trang thông tin nói trên và tất cả các tài liệu đính kèm gửi cho Công ty với Tên đăng nhập và Mật khẩu của tôi đều có giá trị pháp lý và là cơ sở để Công ty xử lý các yêu cầu của tôi.
- d. Tôi sẽ luôn duy trì số điện thoại, Email trong tình trạng nhận được thông tin và sẽ thông báo cho Công ty nếu có bất kỳ thay đổi nào. Theo đó, Công ty sẽ không chịu trách nhiệm trong trường hợp số điện thoại di động và/hoặc Email của tôi không thể nhận được thông tin vì bất cứ lý do gì.
- e. Mọi trao đổi gửi đến hoặc gửi từ số điện thoại và Email mà tôi đã cung cấp/cập nhật cho Công ty mặc nhiên được hiểu là được gửi đến cho tôi hoặc gửi từ tôi.
- f. Tôi cam kết bảo mật Tên đăng nhập và Mật khẩu truy cập và sẽ sử dụng mọi biện pháp cần thiết để tránh và ngăn chặn việc giao dịch với Công ty bởi những người không có thẩm quyền. Tôi cam kết sẽ thông báo ngay cho Công ty ngay khi phát hiện Tên đăng nhập và Mật khẩu không còn thuộc sự kiểm soát của tôi.
- g. Thời gian 21 ngày để tôi cân nhắc và quyết định tiếp tục tham gia bảo hiểm hay không sẽ được tính từ ngày tôi đăng nhập và xác nhận đã nhận bộ hợp đồng bảo hiểm điện tử (ePolicy) trên trang thông tin điện tử: www.aia.com.vn - MyAIA.

CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM/NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Đồng ý tất cả các nội dung: Đồng ý các nội dung: 1 2 3 4 5 6
Không đồng ý tất cả các nội dung: Không đồng ý các nội dung: 1 2 3 4 5 6

- Tôi/Chúng tôi cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác theo hiểu biết của tôi/chúng tôi trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng các thông tin này là cơ sở để Công ty ký kết hợp đồng bảo hiểm với tôi/chúng tôi, và việc cố ý kê khai thông tin không đầy đủ và chính xác có thể làm hợp đồng bảo hiểm bị vô hiệu và/hoặc quyền lợi bảo hiểm không được chi trả. Công ty không có nghĩa vụ bắt buộc yêu cầu khám sức khỏe, và nếu có yêu cầu, thì việc khám sức khỏe cũng không thay thế cho trách nhiệm cung cấp thông tin đầy đủ và trung thực của tôi/chúng tôi.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép các bác sỹ, phòng khám, bệnh viện, công ty bảo hiểm hoặc các cơ quan, tổ chức, cá nhân khác cung cấp thông tin về tôi/chúng tôi liên quan đến hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này cho Công ty hoặc bên thứ ba được Công ty ủy quyền.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Công ty được chuyển giao cho bên thứ ba các thông tin trong hồ sơ của tôi/chúng tôi cho mục đích chăm sóc khách hàng và dịch vụ hậu mãi.
- Tôi/Chúng tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm về việc ủy quyền cho người khác thay tôi/chúng tôi nộp phí bảo hiểm hay hoàn trả các khoản tạm ứng từ giá trị hợp đồng cho Công ty. Công ty không có trách nhiệm hoặc nghĩa vụ phải xác minh việc tôi/chúng tôi ủy quyền cho bên thứ ba. Tôi/Chúng tôi sẽ cung cấp các chứng từ liên quan đến nguồn gốc các khoản thanh toán nếu cơ quan nhà nước có thẩm quyền yêu cầu.
- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có liên quan, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ, ...) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu Công ty có yêu cầu.
- Tôi/Chúng tôi đã được tư vấn đầy đủ và sản phẩm bảo hiểm tôi/chúng tôi chọn phù hợp với nhu cầu và khả năng tài chính của tôi/chúng tôi.

Tôi/Chúng tôi đồng ý với nội dung sử dụng và bảo mật thông tin khách hàng của Công ty như sau:

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do tôi/chúng tôi cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây: thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền (bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ) hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, 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, lưu trữ, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu.

XÁC NHẬN VỀ THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN LUẬT THUẾ THU NHẬP CỦA LIÊN BANG HOA KỲ

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi/chúng tôi khẳng định rằng tôi/chúng tôi không phải là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ và tôi/chúng tôi không đại diện cho bất kỳ người Hoa Kỳ nào. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng, trên cơ sở tin rằng khẳng định của tôi/chúng tôi là đúng sự thật, Công ty sẽ dựa vào khẳng định này để có những hành động phù hợp. Trong trường hợp khẳng định của tôi/chúng tôi không đúng sự thật, hợp đồng bảo hiểm này sẽ bị coi là vô hiệu và Công ty sẽ hoàn trả cho tôi/chúng tôi các khoản tiền phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ các khoản chi phí hợp lý, các khoản nợ, các khoản tiền rút từ Giá trị tài khoản và tất cả quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

Lưu ý: Trong trường hợp bất kỳ Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng của hồ sơ này là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ, vui lòng bỏ qua phần xác nhận nêu trên, đồng thời, đánh dấu vào ô bên phải và nộp kèm tờ khai W9 cho từng cá nhân tương ứng.

GHI CHÚ QUAN TRỌNG

Đề nghị Ông/Bà kiểm tra lại toàn bộ hồ sơ yêu cầu bảo hiểm để đảm bảo rằng Ông/Bà hoàn toàn hài lòng và đồng ý với các thông tin đã khai báo trước khi tự mình ký và ghi rõ họ tên ở phần dưới đây. Nếu Công ty phát hiện Ông/Bà không tự mình ký vào hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Công ty sẽ có quyền hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm đã ký và giải quyết theo quy định của pháp luật.

Nơi ký ngày thán năm

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Ký lần thứ nhất

Ký lần thứ hai

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Họ và tên:

BÊN MUA BẢO HIỂM

Ký lần thứ nhất

Ký lần thứ hai

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Họ và tên:

ĐẠI LÝ 1

<input type="text"/>

Họ và tên:

ĐẠI LÝ 2

<input type="text"/>

Họ và tên: