

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM

Số: SPA-.....

Kính gửi: Công ty TNHH bảo hiểm Nhân thọ Aviva Việt Nam

Bằng việc kê khai đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này, tôi/chúng tôi đề nghị được tham gia bảo hiểm tại Aviva với các điều kiện bảo hiểm sau đây:

PHẦN 1. THÔNG TIN CÁ NHÂN	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	BÊN MUA BẢO HIỂM (*)
1. Họ tên (viết chữ in hoa)		
2. Ngày tháng năm sinh	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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"/> Có từ 2 quốc tịch trở lên **	<input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Khác:..... <input type="checkbox"/> Có từ 2 quốc tịch trở lên **
5. Giấy tờ nhân thân Số Cấp ngày, Nơi cấp	<input type="checkbox"/> CMND <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> GKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>/...../.....,	<input type="checkbox"/> CMND <input type="checkbox"/> Hộ chiếu <input type="checkbox"/> GKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>/...../.....,
6. Nghề nghiệp, chức vụ (ghi chi tiết công việc đang làm, nơi làm việc)	..... .....	..... .....
7. Tổng thu nhập bình quân	..... (triệu VNĐ/năm)	..... (triệu VNĐ/năm)
8. Địa chỉ thường trú Số nhà, tên đường, phố Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP	...............	...............
9. Địa chỉ nơi ở hiện tại Số nhà, tên đường, phố Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP	...............	...............
10. Địa chỉ liên lạc Số nhà, tên đường, phố Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP	...............	...............
11. Số điện thoại liên hệ		
12. 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
13. Hợp đồng Bảo hiểm Nhân thọ khác Tổng số Hợp đồng Tổng Số tiền bảo hiểm Thời hạn bảo hiểm dài nhất Doanh nghiệp bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
14. Quan hệ giữa Bên mua bảo hiểm với Người được bảo hiểm:		

(*) Chỉ kê khai nếu Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức: chỉ kê khai tên giao dịch chính thức và điền thông tin theo mẫu "GYCBH dành cho tổ chức" và nộp kèm Giấy yêu cầu bảo hiểm này

(**) Nếu khách hàng có từ 2 quốc tịch trở lên, vui lòng điền thông tin theo mẫu "Bản kê khai quốc tịch và địa chỉ thường trú" và nộp kèm Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

PHẦN 2. THÔNG TIN VỀ ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CỦA SẢN PHẨM PHÁT BÌNH AN (MÃ HIỆU: SPA)

Gói bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> GÓI CƠ BẢN	<input type="checkbox"/> GÓI ƯU VIỆT	<input type="checkbox"/> GÓI ƯU TIÊN	<input type="checkbox"/> GÓI ĐẶC BIỆT
Số tiền bảo hiểm gốc	200.000.000	500.000.000	1.000.000.000	2.000.000.000
Trợ cấp giảm thu nhập do thương tật toàn bộ vĩnh viễn	6.000.000	15.000.000	30.000.000	60.000.000
Trợ cấp giảm thu nhập do Nằm viện	400.000	1.000.000	1.500.000	3.000.000

Thời hạn bảo hiểm: 5 năm 10 năm 15 năm

Định kỳ đóng phí: Năm 6 tháng **Phí bảo hiểm (VNĐ):**

PHẦN 3. CHỈ ĐỊNH NGƯỜI THỤ HƯỞNG (***)

Họ và tên Người thụ hưởng	Ngày sinh	Giới tính	CMND/HC/GKS (số, ngày cấp, nơi cấp)	Địa chỉ và điện thoại	Quan hệ với NĐBH	Tỷ lệ thụ hưởng (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

(***) Người thụ hưởng là tổ chức: kê khai tên giao dịch chính thức của tổ chức vào cột (1), bỏ qua cột (2) và (3), 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).

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

Tôi/chúng tôi (Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm/ Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) đồng ý về việc mua bảo hiểm này và cam kết rằng, Người được bảo hiểm chưa từng bị tạm hoãn, từ chối bảo hiểm từ bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ nào và tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm từ trước đến nay không ảnh hưởng đến khả năng vận động của mình và:

- Chưa từng được chẩn đoán và/hoặc điều trị (các) Bệnh tật, thương tật sau đây liên quan đến: Ung thư, Suy gan, Suy thận, Huyết áp, Tim mạch, Tiểu đường, Giảm thị lực nặng không thể hỗ trợ bởi kính, Giảm thính lực hoàn toàn hoặc cần đến sự trợ giúp của máy trợ thính.
- Đã từng được chẩn đoán và/hoặc điều trị (các) Bệnh tật, thương tật sau đây liên quan đến: Ung thư, Suy gan, Suy thận, Huyết áp, Tim mạch, Tiểu đường, Giảm thị lực nặng không thể hỗ trợ bởi kính, Giảm thính lực hoàn toàn hoặc cần đến sự trợ giúp của máy trợ thính.

* Ghi chú: Khả năng vận động nằm trong qui định về 6 "Chức năng sinh hoạt hàng ngày", được hiểu là khả năng di chuyển trong nhà từ phòng này sang phòng khác trên các bề mặt phẳng mà

không cần có sự hỗ trợ từ bất kỳ người nào khác.

Tôi/chúng tôi đồng ý để cho Bác sỹ, các tổ chức y tế và các tổ chức/cá nhân liên quan khác cung cấp cho Aviva hoặc tổ chức/cá nhân do Aviva chỉ định tất cả thông tin liên quan đến sức khỏe của tôi. Tôi/chúng tôi cũng đồng ý rằng Aviva được cung cấp những thông tin này cho các công ty bảo hiểm; tái bảo hiểm; cơ quan công an; tòa án; viện kiểm sát; cơ sở y tế, giám định nhằm đáp ứng các yêu cầu về thẩm định và giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi cam kết đã đọc, hiểu rõ và chấp thuận toàn bộ nội dung được đề cập trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

Bên mua bảo hiểm , ngày.....tháng..... năm		Người được bảo hiểm <i>NĐBH < 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật của NĐBH ký tại đây</i> , ngày.....tháng..... năm		Nhân viên tư vấn	
<u>Chữ ký 1</u>	<u>Chữ ký 2</u>	<u>Chữ ký 1</u>	<u>Chữ ký 2</u>	<u>Chữ ký</u>	<u>Mã số</u>
Họ và tên:		Họ và tên:		Họ và tên:	
Phụ trách thẩm định của Aviva				Số hợp đồng:	