



**B. THÔNG TIN VỀ SẢN PHẨM BẢO HIỂM:** Vui lòng điền thông tin vào sản phẩm bảo hiểm yêu cầu mua dưới đây:

**SẢN PHẨM CHÍNH**

<input type="checkbox"/> <b>AN KHANG TÀI LỘC</b> <input type="checkbox"/> Lựa chọn 1 <input type="checkbox"/> Lựa chọn 2 <input type="checkbox"/> Lựa chọn 3 Sử dụng Giá trị tài khoản hợp đồng đóng phí bảo hiểm cho (các) sản phẩm bổ sung <input type="checkbox"/> Đồng ý <input type="checkbox"/> Không đồng ý	<input type="checkbox"/> <b>HANWHA LIFE - AN TÂM HỌC VẤN</b> <input type="checkbox"/> Lựa chọn Đại học <input type="checkbox"/> Lựa chọn Cao học <input type="checkbox"/> <b>HANWHA LIFE - TÍCH LŨY LINH HOẠT</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>AN KHANG PHÚC LỘC</b> <input type="checkbox"/> Lựa chọn 1 <input type="checkbox"/> Lựa chọn 2 <input type="checkbox"/> Lựa chọn 3	<input type="checkbox"/>

<b>Số tiền bảo hiểm (đồng):</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>Thời hạn bảo hiểm (năm):</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>Thời hạn đóng phí (năm):</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	--	--

SẢN PHẨM BỔ SUNG	BÊN MUA BẢO HIỂM		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	
	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Mọi Rủi Ro Do Tai Nạn				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Rủi Ro Do Tai Nạn Nâng Cao				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tử Kỳ				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bệnh Hiếm Nghèo Mở Rộng				
<input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Viện Phí và Phẫu Thuật Mở Rộng				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bảo Vệ Ung Thư				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Thanh Toán Chi Phí Điều Trị Thực Tế Do Ung Thư				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Hỗ Trợ Điều Trị Ung Thư Nâng Cao				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Hỗ Trợ Chi Phí Nằm Viện Do Ung Thư				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Thực Tế - QL Điều Trị Nội Trú				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Thực Tế - QL Điều Trị Ngoại Trú				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Thực Tế - QL Chăm Sóc Răng				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Thực Tế - QL Kiểm Tra Y Tế Hàng Năm				
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế Thực Tế - QL Chăm Sóc Thai Sản				
<input type="checkbox"/> Miễn Đóng Phí Bảo Hiểm Do Ung Thư				
<input type="checkbox"/> Miễn Đóng Phí Bảo Hiểm Nâng Cao				
<input type="checkbox"/> Hỗ Trợ Tài Chính Người Phụ Thuộc				
<input type="checkbox"/>				

**Chữ ký của Bên mua bảo hiểm:**

Họ tên: .....

Tổng phí bảo hiểm định kỳ (đồng):	Phương thức thanh toán:		
	<input type="checkbox"/> Tiền mặt	Số phiếu thu:	Ngày thu:
	<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	Ngân hàng:	Ngày chuyển:

**C. THÔNG TIN TỔNG QUÁT:**

1. Ông/Bà có là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các dấu hiệu Hoa Kỳ sau: (i) Hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ, (ii) Mã số thuế tại Hoa Kỳ, (iii) Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ?

Nếu có, vui lòng hoàn tất và nộp kèm các biểu mẫu theo Đạo luật tuân thủ Thuế đối với tài khoản nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA): W-8BEN hoặc W-8BEN-E hoặc W-9.

2. Ngoài yêu cầu bảo hiểm này, Ông/Bà có đang được bảo hiểm hoặc đã hay đang yêu cầu bảo hiểm ở các công ty bảo hiểm nhân thọ, kể cả Hanwha Life Việt Nam hay không?

3. Nếu có, trong các yêu cầu bảo hiểm nêu trên, có yêu cầu nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối, hoặc đã hay đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không?

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Số hồ sơ/ Số hợp đồng	Tên công ty bảo hiểm	Điều kiện bảo hiểm (phí chuẩn, tăng phí...)	Yêu cầu chi trả quyền lợi
<b>BMBH</b>				
<b>NĐBH</b>				

4. Ông/Bà có tham gia hoặc dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm như lặn với bình khí nén, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn,... không?

5. Có ai trong số cha/mẹ, anh/chị/em ruột của Ông/Bà bị bệnh hoặc chết vì ung thư, tim mạch, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh thận, bệnh tâm thần, bệnh về máu hay các bệnh di truyền khác không?

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Quan hệ gia đình		Triệu chứng/bệnh lý	Tuổi	
	Cha/mẹ	Anh/chị/em		Khi còn sống	Lúc qua đời
<b>BMBH</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>NĐBH</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**D. THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE:**

	BMBH	NĐBH	1. Ông/Bà có hút thuốc lá không?	2. Ông/Bà có sử dụng ma túy hoặc chất gây nghiện không?	3. Ông/Bà có sử dụng rượu, bia không?
Chiều cao	Cm	Cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cân nặng	Kg	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Thuốc lá - Số điều hút 1 ngày và số năm hút	Rượu - Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần	Bia - Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần
<b>BMBH</b>			
<b>NĐBH</b>			

4. Ông/Bà có giảm cân trong 3 tháng qua không?

Nếu có, xin cho biết giảm bao nhiêu kg và lý do:.....

.....

5. Hiện tại, Ông/Bà có dùng thuốc điều trị gì không?      
 Nếu có, xin cho biết điều trị bệnh gì và đính kèm giấy tờ liên quan:.....  
 .....

6. Trong 5 năm vừa qua, Ông/Bà có khám bệnh hay điều trị bệnh ở bệnh viện, cơ sở y tế hay bác sĩ nào không?      
 Nếu có, xin cho biết chi tiết và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan:

	Thời điểm	Triệu chứng	Chẩn đoán và thời gian điều trị	Tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế
BMBH				
NDBH				

**Ông/Bà đã từng có triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:**

- 7. Đau ngực, khó thở, tăng mỡ máu, âm thổi ở tim, rối loạn nhịp tim, bệnh tim bẩm sinh, cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh van tim, đột quỵ, các triệu chứng hay bệnh tim mạch khác?
- 8. Ho kéo dài trên 1 tháng, ho ra máu, khó thở, khàn giọng, khó phát âm, hen suyễn, viêm phổi, lao, khí phế thũng, các triệu chứng hay bệnh hô hấp khác?
- 9. Vàng da, ói ra máu, đi tiêu ra máu, nuốt khó, nuốt nghẹn, gan to, lách to, viêm gan, nhiễm siêu vi viêm gan B, nhiễm siêu vi viêm gan C, xơ gan, ung thư gan, sỏi mật, viêm loét dạ dày- tá tràng, viêm đại tràng, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, các triệu chứng hay bệnh tiêu hóa khác?
- 10. Động kinh, co giật, đau đầu kéo dài, hoa mắt, chóng mặt, ngất, suy nhược thần kinh, bại não, tai biến mạch máu não, liệt, yếu chi, thiếu máu não, Parkinson, Alzheimer, các triệu chứng hay bệnh thần kinh khác?
- 11. Tâm thần phân liệt, trầm cảm, mất nhận thức, các triệu chứng hay bệnh tâm thần khác?
- 12. Phù, đau lưng, tiểu buốt, tiểu ra máu, tiểu đạm, suy thận, thận mỡ, thận đa nang, viêm cầu thận, sạn thận, hội chứng thận hư, các triệu chứng hay bệnh khác ở thận, bàng quang, tiền liệt tuyến và cơ quan sinh dục?
- 13. Bệnh tiểu đường, bứu cổ, cường giáp, suy giáp, các triệu chứng hay bệnh nội tiết khác?
- 14. Truyền máu, bệnh về máu như bệnh bạch cầu, thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu, chảy máu cam, xuất huyết dưới da, các triệu chứng hay bệnh về máu/hệ bạch huyết khác?
- 15. Cụt tay, cụt chân, sốt bại liệt, nhược cơ, teo cơ, đau khớp, sốt thấp khớp, viêm khớp, đau thần kinh tọa, Gout, các triệu chứng hay bệnh cơ- xương- khớp khác?
- 16. Lupus ban đỏ, vẩy nến, các triệu chứng hay bệnh da liễu khác?
- 17. U hay ung thư ở bất kỳ cơ quan/nội tạng nào; nổi hạch ở cổ, vú, nách, bẹn hay các nơi khác trên cơ thể?
- 18. Chảy mủ tai, ù tai, lổ tai, giảm thính lực, điếc, câm, nhìn đôi, giảm thị lực, mù, mắt lồi, mắt giả, các triệu chứng hay bệnh tai- mắt- mũi- họng khác?

**Chữ ký của Bên mua bảo hiểm:**

Họ tên:.....

	BMBH		NDBH	
	Không	Có	Không	Có
19. Ông/Bà có bị dị tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ông/Bà có bị tai nạn bao giờ không? Sau đó, có để lại thương tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ông/Bà đã từng bị phẫu thuật ở đầu, ngực, bụng hay các nơi khác trên cơ thể không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ông/Bà đã từng được thực hiện xét nghiệm nào không? (thử nước tiểu, thử máu, chụp X quang, siêu âm, điện tim, nội soi, sinh thiết, chụp cắt lớp (CT), Pap's, chụp nhũ ảnh,...) Kết quả có bất thường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ông/Bà hay vợ chồng của Ông/Bà đã bao giờ được chẩn đoán, điều trị về HIV/AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường sinh dục (lậu, giang mai,...) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ông/Bà đã từng mắc phải bệnh nào khác ngoài các triệu chứng và bệnh kể trên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25. Câu hỏi dành cho Nữ giới:</b>				
Bà/Cô đã từng bị xuất huyết bất thường ở âm đạo không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bà/Cô có đang mang thai không? Nếu có, cho biết ngày dự sinh:...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26. Câu hỏi dành cho Trẻ em:</b>				
Cân nặng lúc sinh?			<input type="text"/>	kg
Số anh chị em ruột hiện có?			<input type="text"/>	
Trẻ có sinh non không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị chậm phát triển tâm thần hay vận động không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có anh chị em song sinh không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, tình trạng sức khỏe của anh chị em song sinh có bất thường không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### THÔNG TIN CHI TIẾT:

(Nếu trả lời **CÓ** cho các câu hỏi trên, vui lòng điền thông tin chi tiết vào bảng bên dưới và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan)

	Câu số	Chi tiết (thời gian, triệu chứng, chẩn đoán, điều trị, di chứng, tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế...)
<b>BMBH</b>		
<b>NDBH</b>		

### E. CAM KẾT: (Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

1. Tôi/chúng tôi (**Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm**), ký tên dưới đây xác nhận rằng tôi/chúng tôi đã đọc và đã được giải thích toàn bộ các câu hỏi trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

2. Tôi/chúng tôi cam kết:

- Những thông tin trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và những thông tin khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam là hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật mà tôi/ chúng tôi đã biết.
- Mọi sự thay đổi về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, nơi cư trú, tham gia các hoạt động nguy hiểm và các thông tin khác trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm sẽ được thông báo cho Hanwha Life Việt Nam trước khi hợp đồng bảo hiểm phát hành.

3. Tôi/chúng tôi hiểu rằng:

- Tất cả các thông tin do tôi/chúng tôi cung cấp là cơ sở pháp lý để hai bên giao kết hợp đồng bảo hiểm. Vì thế, việc cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ và/hoặc không trung thực sẽ làm cho hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực.
- Hanwha Life Việt Nam có quyền yêu cầu kiểm tra sức khỏe và thực hiện các xét nghiệm kể cả xét nghiệm HIV đối với Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Nội dung kiểm tra sức khỏe chỉ giới hạn trong phạm vi lời khai của tôi/chúng tôi và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Do đó, việc khám sức khỏe này không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và chính xác trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.
- Hợp đồng bảo hiểm chỉ được phát hành sau khi Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ khoản Phí bảo hiểm đầu tiên.
- Thông qua việc hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, tôi/chúng tôi và Hanwha Life Việt Nam đều có nghĩa vụ phải tuân thủ các yêu cầu luật định của các cơ quan hữu quan trong và ngoài nước, như các cơ quan quản lý bảo hiểm, thuế, công an, tòa án... Do vậy, tôi/chúng tôi đồng ý cung cấp mọi thông tin khi được yêu cầu và đồng ý cho Hanwha Life Việt Nam thu thập thông tin về tôi/chúng tôi, kể cả thông tin về sức khỏe và tài chính, từ các cơ quan, tổ chức và cá nhân có liên quan. Tôi/chúng tôi cho phép Hanwha Life Việt Nam được sử dụng và cung cấp các thông tin của tôi/chúng tôi trong hoạt động kinh doanh phù hợp với quy định của pháp luật hoặc để tuân thủ yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền.

4. Tôi/chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký Giấy yêu cầu bảo hiểm này được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian tôi/chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.

Tôi/chúng tôi, ký tên dưới đây xác nhận đồng ý tham gia bảo hiểm.

**Chữ ký của Bên mua bảo hiểm:**

**Chữ ký của Người được bảo hiểm:**

Họ tên:.....

Họ tên:.....

Ngày: ...../...../.....

(Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm ký thay).

**CAM KẾT VÀ XÁC NHẬN CỦA TƯ VẤN TÀI CHÍNH:**

Tôi cam kết rằng những thông tin trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và hồ sơ liên quan là do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp, và tôi không xúi giục hay hướng dẫn khách hàng che giấu không kê khai hay kê khai không trung thực hay không đầy đủ bất cứ thông tin nào mà có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam đối với khách hàng. Tôi cũng cam kết tôi đã gặp trực tiếp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm để giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp, tài chính và sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, đã tư vấn đúng theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm và các quy định liên quan của Hanwha Life Việt Nam.

Đồng thời, tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và đó là chữ ký của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

**Chữ ký của Tư vấn tài chính:**

**Chữ ký của Người làm chứng:**

(Tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi).

Họ tên:.....

Họ tên:.....

Ngày: ...../...../..... Mã số:.....

Ngày: ...../...../..... Mã số (Nếu là TVTC):.....

**THÔNG TIN NỘI BỘ:**

Họ tên:.....

Chức vụ:.....

**Chữ ký của UM/DM/AM/SDM:**.....

Ngày: ...../...../.....