

Số hồ sơ:

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ tên Chuyên viên tư vấn bảo hiểm

Mã số



I. THÔNG TIN BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)

- Bên mua bảo hiểm đồng thời là Người được bảo hiểm
(Trường hợp Bên mua bảo hiểm là Tổ chức, vui lòng cung cấp thông tin vào mẫu dành cho Tổ chức)
Họ và tên Bên mua bảo hiểm (*chữ in hoa*).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Giới tính: Nam Nữ

Tình trạng hôn nhân: Chưa lập gia đình Đã lập gia đình

Loại giấy tờ tùy thân: - Chứng minh thư nhân dân - Hộ chiếu - Giấy tờ khác vui lòng ghi rõ:

Số giấy tờ tùy thân

Ngày cấp/Nơi cấp

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ngày sinh

Quốc tịch

NgàyThángNăm

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nghề nghiệp/Nơi làm việc/Mô tả công việc hàng ngày

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Thông tin tài khoản tại Ngân hàng

Số tài khoản

Mở tại Ngân hàng

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Địa chỉ liên lạc

Địa chỉ thường trú (địa chỉ đăng ký hộ khẩu)

(Vui lòng ghi rõ Số nhà, Đường phố (xóm), Phường/Xã, Quận/Huyện, Thành phố/Tỉnh)

Email

Số điện thoại nhà/Số điện thoại di động

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Thu nhập bình quân hàng năm của Bên mua bảo hiểm (đồng)

Bằng số:

Bằng chữ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tôi đồng ý cho phép Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ MB Ageas (MBAL) được liên lạc cho mục đích cung cấp các dịch vụ chương trình tiếp thị khác qua các phương tiện sau

Email & Điện thoại Email Điện thoại Không cho phép

Tên sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Người được bảo hiểm của sản phẩm hỗ trợ	
		Họ và tên	Quan hệ với BMBH
1			
2			

1. Quyền lợi bảo hiểm tử vong và TTTBVV (chỉ lựa chọn đối với sản phẩm Bảo hiểm liên kết chung-UL): Quyền lợi cơ bản Quyền lợi nâng cao

2. Định kỳ đóng phí bảo hiểm: Hàng tháng Hàng quý Nửa năm Hàng năm

3. Thời hạn đóng phí bảo hiểm tối thiểu: 3 năm **4. Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm:**

5. Tổng phí bảo hiểm định kỳ: _____ đồng

6. Phí bảo hiểm đóng thêm (riêng đối với sản phẩm [UL]): _____ đồng

7. Phương thức thanh toán phí bảo hiểm

Tiền mặt Trả/chuyển tiền vào tài khoản MBAL tại Ngân hàng

Trừ phí tự động trên tài khoản/ thẻ của tôi (Đề nghị Quý Khách hàng xuất trình ủy nhiệm thu nếu lựa chọn phương thức tự động trừ phí)

V: THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG

STT	Họ và tên	Giới tính	Số giấy tờ tùy thân	Loại giấy tờ tùy thân	Ngày sinh	Quan hệ với NĐBH	Tỷ lệ % được hưởng
1							
2							
3							

VI. THÔNG TIN SỨC KHỎE BÊN MUA BẢO HIỂM/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Vui lòng cung cấp thông tin sức khỏe bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:		NĐBH		BMBH		
		Có	Không g	Có	Không g	
Chi tiết về sức khỏe						
1	Chiều cao (cm)/Cân nặng (kg) cm/kg	 cm/kg		
	Quý Khách hàng có thay đổi về cân nặng trong một năm vừa qua không? Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết: tăng.....(kg), giảm.....(kg) Lý do:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Câu hỏi về nghề nghiệp						
2	Quý Khách hàng có tham gia vào hoạt động hoặc nghề nghiệp nào liên quan đến tốc độ cao, di chuyển bằng đường hàng không, di chuyển bằng đường biển mà không phải với tư cách là hành khách?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Quý khách hàng có tham gia hoặc có ý định tham gia vào một môn thể thao nguy hiểm hay sở thích? Ví dụ: lặn, leo núi, nhảy dù, hàng không cá nhân, đua, vv? (Nếu có, chi tiết của các môn thể thao nguy hiểm hoặc sở thích)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Quý khách hàng hiện nay không có khả năng làm việc /đi học hay Quý khách hàng đã từng phải nghỉ học/ nghỉ lao động hơn 7 ngày liên tục trong suốt 5 năm qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết:.....						
Các thói quen sinh hoạt cá nhân						
3	Quý Khách hàng có hút thuốc không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết: <ul style="list-style-type: none"> - Loại thuốc: - Số lượng thuốc lá sử dụng hàng ngày: (điều/ ngày) 						

	- Số năm sử dụng thuốc lá tính đến hiện tại: (năm)						
4	Quý Khách hàng có thói quen sử dụng thường xuyên đồ uống có cồn không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết: - Loại đồ uống: - Lượng sử dụng hàng tuần (ml): - Số năm sử dụng đồ uống có cồn thường xuyên tính đến hiện tại (năm):						
5	Quý Khách hàng có đang sử dụng ma túy hoặc các chất gây nghiện không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thông tin về gia đình							
6	Cha mẹ và / hoặc anh chị em Quý Khách hàng đã từng hay đang mắc hay chết ở độ tuổi dưới 60 do bất kỳ các nguyên nhân sau hay không: đau tim, bệnh tiểu đường, đột quỵ, tăng huyết áp, tăng cholesterol, ung thư, bệnh đa xơ cứng, bệnh Alzheimer, bệnh Parkinson hay bất cứ căn bệnh di truyền nào khác không?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Thành viên gia đình	Mối quan hệ với NĐBH	Tuổi nếu còn sống/đã mất	Tình hình sức khỏe hoặc Nguyên nhân tử vong (nếu đã chết)			
Lịch sử về sức khỏe và y tế							
7	Quý khách đã từng được chẩn đoán, được thông báo hoặc được điều trị về các chứng bệnh sau không?						
	- Đau ngực, loạn nhịp tim, đánh trống ngực, tăng huyết áp, huyết áp thấp, tiếng rì rầm, đau tim, tăng huyết áp phổi hay các vấn đề về tim mạch?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Bệnh tiểu đường, rối loạn tuyến giáp hoặc bất kỳ rối loạn nội tiết tố?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Các vấn đề về mắt, tai, mũi, họng, ví dụ xả tai, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, chảy máu mũi hoặc khuyết tật về nói, nghe, khiếm thị?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Suyễn, khạc ra máu, ho dai dẳng, viêm màng phổi, viêm phế quản, lao hoặc các vấn đề liên quan đến đường hô hấp?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Thiếu máu, máu khó đông, bệnh thiếu máu hoặc bất kỳ rối loạn về công thức máu?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Xơ gan, gan nhiễm mỡ, viêm gan (bao gồm viêm gan siêu vi), vàng da, viêm loét dạ dày, thoát vị, khó tiêu mãn tính, bệnh túi mật (bao gồm nhiễm trùng túi mật hoặc sỏi mật), viêm tụy, chảy máu đường ruột, dạ dày, ruột, trực tràng, hoặc bất kỳ khác ở gan hoặc bệnh hệ tiêu hóa?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Trong nước tiểu có albumin, máu, mủ hoặc đường, sỏi thận hoặc bất kỳ rối loạn khác của thận, bàng quang hoặc cơ quan sinh dục?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	- Đột quy, động kinh, liệt, tê, chóng mặt, nhức đầu kéo dài, mất thăng bằng hoặc các bệnh về hệ thần kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Ung thư hoặc khối u, u nang, u hoặc tăng trưởng bất thường nào khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Viêm khớp, bệnh gút, chấn thương nặng, khuyết tật về thể chất hoặc rối loạn cơ xương?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Nghiện rượu, chất gây nghiện hoặc lạm dụng ma túy, trầm cảm, rối loạn tâm lý hoặc tâm thần?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Các bệnh qua đường tình dục (như bệnh lậu, giang mai, viêm niệu đạo), AIDS hoặc liên quan đến AIDS hoặc có liên quan đến nhiễm HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Dị tật bẩm sinh và dị tật không bẩm sinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hiện tại Quý khách có đang sử dụng bất cứ một loại thuốc thuốc nào không?				
	- Theo đơn bác sỹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Tự ý sử dụng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Trong vòng 5 năm qua, Quý khách đã từng thực hiện hay được yêu cầu thực hiện các xét nghiệm nào không (bao gồm chụp X-quang, siêu âm, điện tim, thử máu, thử nước tiểu, nội soi, chụp CT, sinh thiết), tham khảo ý kiến của bác sỹ, bệnh viện hoặc phẫu thuật? (trừ bi cảm, cúm, kiểm tra sức khỏe lao động hoặc vì mục đích xuất nhập cảnh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Câu hỏi bổ sung đối với Người được bảo hiểm là trẻ em:				
	- Cân nặng lúc sinh (kg)			
	- Có đòi hỏi sự hỗ trợ như: hút, mổ, kèm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Có tình trạng bất thường về phát triển tâm thần không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Có anh/ chị em song sinh không? Nếu có, cân nặng của anh chị em song sinh lúc sinh:..... (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Câu hỏi bổ sung đối với Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm là phụ nữ:				
	- Đã sinh mấy lần (lần)			
	- Số con hiện tại (con)			
	- Hiện tại có đang mang thai? Nếu có, đề nghị cung cấp: - Ngày thấy kinh lần cuối (ngày/ tháng/ năm):..... /...../..... - Ngày dự kiến sinh (ngày/ tháng/ năm):..... /...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Quý khách hàng có bất kỳ rối loạn phụ khoa như lạc nội mạc tử, phát triển buồng trứng, u xơ tử cung, chảy máu kinh nguyệt không đều, bất thường quả phết tế bào cổ tử cung, vv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Có xuất huyết bất thường ở âm đạo không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Có xét nghiệm Pap's, nhũ ảnh, siêu âm tuyến vú không? Nếu có, cho biết chi tiết:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Có thai sản kèm biến chứng như mổ lấy thai, băng huyết sau sinh, hư thai liên tiếp, đẻ non không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Các thông tin về Hồ sơ và Hợp đồng Bảo hiểm Nhân thọ và bảo hiểm khác

12	Hiện tại Quý Khách hàng có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, và hợp đồng bảo hiểm đối với các loại hình bảo hiểm y tế, nằm viên, bệnh hiểm nghèo, tai nạn hay nhân thọ nào khác (trừ bảo hiểm y tế bắt buộc) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quý Khách hàng đã có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nào về nhân thọ, tai nạn, thương tật, bệnh hiểm nghèo hay bảo hiểm y tế trước đây bị từ chối, tạm dừng hay được chấp thuận khác với điều kiện thông thường không? Lý do: Vào năm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quý Khách hàng đã từng yêu cầu đòi bồi thường về bất kỳ tai nạn, thương tật, hay bệnh hiểm nghèo theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào trước đây chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu có bất kỳ một câu trả lời nào là **CÓ** trong các câu hỏi số 6 đến 11 trên đây, đề nghị Quý Khách hàng cung cấp cho MBAL những thông tin chi tiết, làm rõ tương ứng trong ô phía dưới, bao gồm các mô tả liên quan, các kết quả xét nghiệm chẩn đoán và/ hoặc điều trị., tình trạng, tên địa chỉ phòng khám. Điều này sẽ giúp chúng tôi xem xét điều kiện theo từng trường hợp cụ thể, và để quyết định hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Quý Khách hàng được chấp thuận bình thường hay cần phải có những điều chỉnh thích hợp

Bên mua bảo hiểm	Người được bảo hiểm

VII. THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC

Quý Khách hàng có thuộc trường hợp: Là công dân hoặc thường trú tại Hoa Kỳ; hoặc sinh tại Hoa Kỳ; hoặc có địa chỉ thường trú, địa chỉ hòm thư, địa chỉ liên lạc, gửi giữ thư tại Hoa Kỳ; hoặc có số điện thoại tại Hoa Kỳ; hoặc có Yêu cầu thanh toán từ một tài khoản này sang tài khoản khác ở Hoa Kỳ; hoặc có Giấy tờ ủy quyền hiện hành cho người có địa chỉ tại Hoa Kỳ hay không?

Có Không Nếu Có, vui lòng cung cấp thông tin theo mẫu “Đơn kê khai thông tin tuân thủ FATCA”

VIII. CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM:

Tôi/chúng tôi cam kết và đồng ý rằng:

- Chúng tôi đã được tư vấn, giải thích và các thông tin trong HSYCBH này và những thông tin khác theo yêu cầu của MBAL hoặc bác sỹ của MBAL;
- Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc thăm định sức khỏe không phải là nghĩa vụ bắt buộc của MBAL và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe. Việc thăm định sức khỏe không thay thế cho việc kê khai thông tin đầy đủ và trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Chúng tôi đồng ý rằng nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố tình kê khai không trung thực hoặc không đầy đủ những thông tin **mà nếu với thông tin chính xác MBAL sẽ không chấp thuận bảo hiểm, MBAL sẽ không có nghĩa vụ giải quyết bất cứ Quyền lợi bảo**

hiểm nào liên quan trực tiếp đến thông tin không trung thực đó.

Chúng tôi chấp thuận cho MBAL tiến hành thu thập những thông tin về sức khỏe ở bất kỳ thời gian nào, từ bất cứ cơ sở y tế, bệnh viện hoặc bác sĩ nào đã khám, chẩn đoán và/ hoặc điều trị cho chúng tôi hoặc thu thập những thông tin có liên quan đến chúng tôi từ bất cứ cơ quan chính quyền, công ty bảo hiểm, tổ chức hoặc cá nhân nào khác mà không cần phải được chúng tôi cho phép bằng một văn bản khác. Các cơ quan y tế, bệnh viện, bác sĩ, (các) công ty bảo hiểm khác, tổ chức, cá nhân, khi nhận được bản sao HSYCBH này, được phép cung cấp cho MBAL những thông tin về chúng tôi, bao gồm cả những thông tin, tài liệu về sức khỏe, điều kiện y tế liên quan đến chúng tôi.

3. Chúng tôi đồng ý rằng nếu không có sự chấp thuận trước bằng văn bản, MBAL không được phép tiết lộ hoặc sử dụng các thông tin và số liệu do chúng tôi cung cấp trong HSYCBH hoặc liên quan đến hợp đồng bảo hiểm cho bất cứ bên thứ ba nào khác ngoại trừ các trường hợp sau đây: thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền 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 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.
4. Ngoài ra, chúng tôi cam kết trong quá trình hoàn tất HSYCBH, kể cả việc trả lời các câu hỏi theo mẫu cũng như trong quá trình được tư vấn để hoàn chỉnh HSYCBH:
 - Chúng tôi đã và chỉ cung cấp cho Chuyên viên tư vấn bảo hiểm của MBAL những thông tin như đã nêu trong HSYCBH này.
 - Chúng tôi lập HSYCBH này một cách độc lập và Chuyên viên tư vấn bảo hiểm của MBAL đã không cung cấp bất cứ thông tin nào gây bất lợi cho MBAL hoặc tạo thuận lợi hơn cho chúng tôi khi MBAL thẩm định hồ sơ này.
 - Chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký HSYCBH này được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian Chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.
5. Bằng cách ký kết văn bản này, chúng tôi đồng ý cập nhật kịp thời cho MBAL bất kỳ thay đổi nào về các thông tin cá nhân đã cung cấp cho MBAL, bao gồm cả thư điện tử, điện thoại và địa chỉ liên lạc.
6. Liên quan đến quy định về thuế tại Hoa Kỳ, khi cơ quan có thẩm quyền yêu cầu cung cấp thông tin, Tôi/chúng tôi đồng ý và cho phép MBAL được tiết lộ thông tin mà Tôi/chúng tôi đã cung cấp cho MBAL và cam kết sẽ cung cấp cho MBAL các thông tin trên khi trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm, chúng tôi là người chịu thuế hoặc trở thành người chịu thuế tại Hoa Kỳ như được định nghĩa theo luật thuế Hoa Kỳ.

Tôi/chúng tôi xác nhận rằng Tôi/chúng tôi đã được Chuyên viên tư vấn bảo hiểm giải thích toàn bộ những câu hỏi, lời khai trong HSYCBH này, quyền lợi bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm tạm thời và xác nhận rằng những thông tin này là hoàn toàn đầy đủ, chính xác và sản phẩm bảo hiểm được tư vấn và lựa chọn là phù hợp với nhu cầu bảo hiểm và khả năng tài chính của Tôi/chúng tôi. Mọi thông tin trao đổi bằng lời nói trái với các nội dung của HSYCBH và điều khoản của hợp đồng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực. Người được bảo hiểm ký dưới đây xác nhận đã đồng ý cho Bên mua bảo hiểm đứng tên mua bảo hiểm cho mình.

**Chữ ký/đóng dấu của Bên mua
bảo hiểm**

**Chữ ký của Người được bảo hiểm/Chữ ký của Cha/mẹ
hoặc Người đại diện theo pháp luật của Người được
bảo hiểm nếu NĐBH dưới 18 tuổi**

(ký và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

(ký và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

Ngày/tháng/năm ký:

Ngày/tháng/năm ký:

Lưu ý: Đây là chữ ký mẫu được áp dụng thống nhất với mọi tài liệu giao dịch giữa MBAL và Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

IX. CAM KẾT CỦA CHUYÊN VIÊN TƯ VẤN BẢO HIỂM

Tôi cam kết rằng những thông tin trong HSYCBH này là những thông tin duy nhất mà Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (khách hàng) cung cấp cho tôi, và tôi cũng đã không hề che giấu hoặc hướng dẫn cho khách hàng tạo dựng nên bất cứ thông tin nào có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận bảo hiểm của MBAL đối với khách hàng.

Tôi cũng cam kết rằng tôi đã gặp trực tiếp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm để: đối chiếu bản sao các giấy tờ nhân thân đã nộp với bản chính, phân tích nhu cầu, giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp, tài chính và sức khỏe trong HSYCBH này, đồng thời đã tư vấn cho khách hàng đúng theo quy định trong Quy tắc, Điều khoản hợp đồng bảo hiểm của MBAL và đã không đưa ra bất cứ ý kiến nào gây ảnh hưởng đến việc hoàn tất HSYCBH của khách hàng.

Chuyên viên tư vấn bảo hiểm 1 (ký và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)	Chuyên viên tư vấn bảo hiểm 2 (ký và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)
Mã số:	Mã số:
Khu vực:	Khu vực:
Chi nhánh: PGD: Người hỗ trợ.....mã số	Chi nhánh: PGD: Người hỗ trợ.....mã số