

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM

Số:

Thông tin quan trọng cần lưu ý: Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm kê khai là tài liệu cơ sở để Aviva xem xét thẩm định phát hành hợp đồng bảo hiểm, chi trả quyền lợi bảo hiểm. Aviva có thể điều tra, xác minh lại thông tin, nếu phát hiện Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai thông tin trong hồ sơ đăng ký bảo hiểm không đầy đủ, không trung thực hoặc không chính xác, Aviva có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, sản phẩm bảo hiểm bổ sung/sản phẩm bổ trợ có thể bị chấm dứt hiệu lực theo quy định của Pháp luật hoặc Điều khoản sản phẩm.

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"/> <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="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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>/...../.....,
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:.....	Trên ĐH <input type="checkbox"/> ĐH <input type="checkbox"/> CĐ/TC <input type="checkbox"/> THPT <input type="checkbox"/> Khác:.....
7. Nghề nghiệp, chức vụ (ghi chi tiết công việc đang làm)		
8. Nơi làm việc/ học tập		
9. Tổng thu nhập bình quân (triệu VNĐ/năm)		(triệu VNĐ/năm)
10. Số tài khoản ngân hàng Mở tại ngân hàng	..........	..........
11. Địa chỉ thường trú Số nhà, tên đường, phố Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP	....................	....................
12. Địa chỉ nơi ở hiện tại Số nhà, tên đường, phố Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP	....................	....................
13. Địa chỉ liên lạc Số nhà, tên đường, phố	..........	..........

Phường/ Xã/ Thị trấn Quận/ Huyện, Tỉnh/ TP	..........	..........
14.Số điện thoại	CĐ: DĐ:	CĐ: DĐ:
15.Địa chỉ email		
16.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
17.Số con hiện có	<input type="checkbox"/> Dưới 18 tuổi <input type="checkbox"/> Từ 18 tuổi trở lên	<input type="checkbox"/> Dưới 18 tuổi <input type="checkbox"/> Từ 18 tuổi trở lên
18.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 cung cấp thêm thông tin theo mẫu “GYCBH dành cho tổ chức”.

(**) Nếu khách hàng có từ 2 quốc tịch trở lên, vui lòng cung cấp thêm thông tin theo mẫu “Bản kê khai quốc tịch và địa chỉ thường trú”.

PHẦN 2. NỘI DUNG YÊU CẦU BẢO HIỂM

I. Sản phẩm bảo hiểm (BH) chính

Sản phẩm bảo hiểm		Mã hiệu sản phẩm	
Số tiền bảo hiểm (gốc)	VNĐ	Thời hạn bảo hiểm	năm
		Thời hạn hợp đồng	năm
Phí bảo hiểm định kỳ	VNĐ	Thời hạn đóng phí	năm
		<input type="checkbox"/> Đóng phí một lần	
Định kỳ đóng phí	<input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Quý <input type="checkbox"/> 6 tháng <input type="checkbox"/> Năm		

Thông tin thêm đối với sản phẩm có Phí BH cơ bản/đóng thêm hoặc có lựa chọn Quyền lợi BH từ vong:

Phí bảo hiểm cơ bản (Phí BH định kỳ quy năm)	VNĐ	Phí bảo hiểm đóng thêm dự kiến/năm	VNĐ
---	-----	---------------------------------------	-----

Quyền lợi bảo hiểm tử vong: Quyền lợi cơ bản Quyền lợi nâng cao Khác

Thông tin khác

II. Sản phẩm bổ trợ/Sản phẩm BH bổ sung (SPBT/SPBHBS)

Tên/Mã hiệu	Họ tên NĐBH (*)	Số tiền bảo hiểm (VNĐ)	Thời hạn bảo hiểm
1.		triệu	năm
2.		triệu	năm
3.		triệu	năm

4.			triệu	năm
5.			triệu	năm
6.			triệu	năm
7.			triệu	năm
8.			triệu	năm
9.			triệu	năm
10.			triệu	năm
11.			triệu	năm
12.			triệu	năm
13.			triệu	năm
14.			triệu	năm
15.			triệu	năm
16.			triệu	năm
17.			triệu	năm
18.			triệu	năm

Trường hợp BMBH có quyền lợi BH theo Sản phẩm BH chính; hoặc NĐBH của Sản phẩm bổ trợ/sản phẩm BH bổ sung khác với NĐBH của Sản phẩm BH chính, vui lòng cung cấp thêm thông tin theo mẫu “Bản khai báo thông tin dành cho BMBH/NĐBH bổ sung”.

III. Tổng Phí bảo hiểm định kỳ ước tính Hợp đồng 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 (%)	Mã sản phẩm
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

*(***) Người thụ hưởng là tổ chức: kê khai tên giao dịch chính thức của tổ chức vào cột (1), kê khai Giấy phép hoạt động/Đăng ký kinh doanh (số, ngày cấp, nơi cấp) vào cột (4), bỏ qua cột (2) và (3), kê khai đầy đủ các cột từ 5 đến 8*

PHẦN 4. THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE CỦA NĐBH

Chỉ số cơ thể

1. Chiều cao	.....cm
2. Cân nặng	.....kg
Quý khách đã từng bị hoặc đang mắc bất kỳ bệnh lý nào dưới đây không?	Có Không Nếu có, xin cho biết chi tiết
3. Huyết áp cao, huyết áp thấp, tai biến mạch máu não (đột quỵ), thiếu năng mạch vành, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn nhịp tim, xơ vữa động mạch, suy tim, thấp tim, bệnh cơ tim, tăng áp động mạch phổi.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Hen phế quản, lao phổi, xơ hóa phổi, bệnh bụi phổi, suy hô hấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giãn phế quản, khí phế thũng, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, bệnh mạch phổi.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Viêm gan, gan đa nang, xơ gan, suy gan, sỏi đường mật, sỏi gan, gan to, viêm đường mật, viêm tụy, suy tụy, viêm loét dạ dày - tá tràng.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, bệnh mạch thận, thận đa nang, giãn đài bể thận, suy thận, Lupus ban đỏ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Đái tháo đường, Basedow, suy tuyến giáp, u/bướu tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa mỡ, bệnh Gout, bệnh nhược cơ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Động kinh, tâm thần, tâm căn hysteria, viêm tủy sống, viêm não, viêm màng não, chấn thương sọ não, chấn thương cột sống, viêm dây thần kinh, teo cơ, viêm khớp, thấp khớp, bại não.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Suy tủy, bệnh ưa chảy máu, bệnh đa hồng cầu, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu, thiếu máu, tan máu, ung thư máu.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Khối u, ung thư, các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật, bệnh lý bẩm sinh, bệnh lây truyền qua đường tình dục, lao, phong, sốt rét.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quý khách đã từng có hoặc đang có bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây trong thời gian 5 năm vừa qua không?	Có Không Nếu có, xin cho biết chi tiết
11. Giảm thị lực, nhãn áp cao, mù, giảm thính lực, ù tai kéo dài trên 5 ngày, điếc, nói khó, nuốt khó, câm.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Nổi khối ở đầu, góc hàm, thượng đòn, cổ, nách, ngực, bụng, lưng, chi, háng.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Đau vùng trước tim, cơn đau thắt ngực, hồi hộp trống ngực, mạch nhanh, mạch chậm, ngất.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Khó thở, tức ngực, ho ra máu, ho khạc đờm kéo dài trên 3 tuần hoặc ho tái phát.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Đi ngoài ra máu, nôn ra máu, vàng da, cổ trướng, chán ăn hoặc mệt mỏi thường xuyên kéo dài trên 7 ngày.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Tiểu buốt, tiểu dắt, bí tiểu, tiểu ra máu, phù.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Đau đầu kéo dài trên 3 ngày, sa sút trí tuệ, mất trí, loạn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

thần, thiếu năng trí tuệ, co giật, liệt, teo cơ.		
18. Xuất huyết, nhiễm độc hóa chất.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Có Không	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Xin Quý khách vui lòng cho biết:		
19. Có đi khám bệnh và/ hoặc làm xét nghiệm, điều trị bệnh hoặc phải nằm viện trong 5 năm vừa qua không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20. Có tăng hoặc giảm trên 5kg cân nặng trong vòng 2 năm gần đây không? Nếu có, xin cho biết nguyên nhân.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21. Có thường xuyên hút thuốc không? Nếu có, xin cho biết đã hút thuốc trong bao nhiêu năm và số lượng trung bình mỗi ngày?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22. Có thường xuyên uống rượu/ bia không? Nếu có, xin cho biết đã uống trong bao nhiêu năm và số lượng trung bình mỗi ngày?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23. Có đang sử dụng loại thuốc nào không? Nếu có, xin cho biết tên thuốc và lý do phải sử dụng?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24. Đã từng hoặc đang sử dụng bất kỳ loại chất ma túy hay thuốc gây nghiện nào không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
25. Đã bao giờ có xét nghiệm HIV dương tính hoặc đã từng điều trị bệnh AIDS không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
26. Đã từng bị hoặc đang bị một/ một số bệnh tật, thương tật, dị tật, và/ hoặc triệu chứng khác, và/ hoặc đã từng hoặc đang được hoặc đang chờ được điều trị, hóa trị, xạ trị hoặc phẫu thuật chưa được đề cập ở trên không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27. Quý khách có đang phục vụ trong lực lượng vũ trang, dự định làm các nghề nguy hiểm hay tham gia các hoạt động thể thao nguy hiểm (như leo núi, đua xe, đua ngựa, nhảy dù...) không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
28. Quý khách đã bao giờ bị từ chối, tạm hoãn, tăng phí, loại trừ khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm hoặc đã từng có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào chưa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
29. Có ai trong gia đình Quý khách (vợ, chồng, cha, mẹ, anh chị em ruột và con ruột) đã qua đời vì bệnh tật không? Lúc bao nhiêu tuổi? Nguyên nhân tử vong?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30. Có ai trong gia đình Quý khách (vợ, chồng, cha, mẹ, anh chị em ruột và con ruột) đang bị mắc bệnh HIV/AIDS, tâm thần, các bệnh di truyền, bệnh bẩm sinh, bệnh truyền nhiễm không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Có Không	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Quý khách là nữ giới, xin vui lòng cho biết thêm:		
31. Có đang mang thai không? Nếu có, đây là lần mang thai thứ mấy, ngày dự kiến sinh?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32. Đã từng hoặc đang bị băng kinh, rong kinh, cường kinh, thiếu kinh, vô kinh không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Có Không	Nếu có, xin cho biết chi tiết
Câu hỏi thêm dành cho trẻ em (NĐBH từ 12 tuổi trở xuống)		

33. Cân nặng lúc sinh: .....kg Tuổi thai lúc sinh: .....tuần	
34. Trẻ có bất kỳ biểu hiện nào của sự chậm phát triển về thể chất, trí tuệ và ngôn ngữ không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PHẦN 5. THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC

1. Quý khách đang có yêu cầu hoặc được bảo hiểm theo một loại hình bảo hiểm nhân thọ nào không? Không Có, vui lòng cung cấp các thông tin sau đây:

	Tổng số Hợp đồng	Tổng Số tiền bảo hiểm	Thời hạn bảo hiểm dài nhất	Doanh nghiệp bảo hiểm
Người được bảo hiểm				
Bên mua bảo hiểm				

2. Quý khách 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?

Không Có, vui lòng cung cấp thông tin theo mẫu “**Giấy bổ sung thông tin theo đạo luật FATCA**”

CAM KẾT VÀ UỶ 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 tất cả các thông tin trên đây là đầy đủ và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi/chúng tôi.

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/chúng tôi nhằm mục đích thẩm định, phát hành hợp đồng bảo hiểm và giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Tôi/chúng tôi cũng đồng ý rằng Aviva được thu thập, sử dụng, chuyển giao thông tin cá nhân 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.

Theo yêu cầu của Đạo luật thuế đối với các chủ tài khoản nước ngoài (gọi tắt là Đạo luật FATCA) của Hoa Kỳ, nếu thuộc đối tượng chịu thuế theo yêu cầu của Đạo luật FATCA, tôi đồng ý và cam kết cung cấp đầy đủ, chính xác các thông tin sau đây cho Aviva tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm và cập nhật thay đổi (nếu có) trong suốt thời gian hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm như số hộ chiếu hoặc chứng minh thư nhân dân hoặc giấy tờ chứng minh tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ; Mã số thuế tại Hoa Kỳ; Nơi sinh, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ; Địa chỉ liên lạc, địa chỉ hòm thư tại Hoa Kỳ.

Tôi/chúng tôi đồng ý cho Aviva được phép cung cấp các thông tin nêu trên và các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm tính đến thời điểm cung cấp thông tin cho Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ, phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

Tôi/chúng tôi Đồng ý Không đồng ý cho Aviva được phép thu thập, sử dụng, chuyển giao thông tin cá nhân của tôi/chúng tôi cho mục đích thực hiện dịch vụ chăm sóc khách hàng.

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

BÊN MUA BẢO HIỂM**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**
(Nếu NĐBHBS dưới 18 tuổi thì Người đại diện
theo pháp luật của NĐBHBS sẽ ký tại đây)

....., ngày.....tháng..... năm

Chữ ký 1

Chữ ký 2

....., ngày.....tháng..... năm

Chữ ký 1

Chữ ký 2

Họ và tên:**Họ và tên:****Họ và tên:****Nhân viên tư vấn 1****Nhân viên tư vấn 2**

Chữ ký

Chữ ký

Họ và tên:

Họ và tên:

Mã số:

Mã số: