

# HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM

(DÀNH CHO BÊN MUA BẢO HIỂM LÀ TỔ CHỨC)

Số Hợp đồng bảo hiểm

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## ĐẠI LÝ

Họ và tên

Mã số

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## LƯU Ý ĐẶC BIỆT VỀ VIỆC CUNG CẤP THÔNG TIN

Theo quy định của pháp luật, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp thông tin đầy đủ, chính xác và trung thực. Vì các thông tin này sẽ được sử dụng để ký kết hợp đồng bảo hiểm nên việc cung cấp thông tin không đầy đủ hoặc không chính xác có thể dẫn đến việc hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực hoặc bị chấm dứt hiệu lực và quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.

Nếu không chắc chắn thông tin hoặc sự việc nào đó có quan trọng hay không thì xin vui lòng vẫn cung cấp thông tin trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Thông tin này bao gồm cả các thông tin, sự việc mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thể đã cung cấp cho đại lý/tư vấn bảo hiểm. Vào mọi thời điểm, nếu phát hiện có thông tin bị bỏ sót hoặc được cung cấp không chính xác, Quý khách vui lòng gửi văn bản để yêu cầu AIA điều chỉnh.

A

## BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)

1. Tên Tổ chức (CHỮ IN HOA)

2. Tên viết tắt của Tổ chức

3. Giấy phép kinh doanh

Số

Ngày cấp

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nơi cấp

4. Lĩnh vực hoạt động

5. Mã số thuế

6. Loại hình doanh nghiệp

7. Thông tin địa chỉ

Số nhà,  
Tên đường

Phường / Xã

Quận / Huyện

Tỉnh / Thành phố

Quốc gia

TRỤ SỞ CHÍNH

ĐỊA CHỈ LIÊN HỆ

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

8. Thông tin liên hệ

Số điện thoại

Email

9. Đăng ký nhận hoá đơn

☐ Không ☐ Có

Địa chỉ ghi trên hoá đơn là:

☐ Trụ sở chính

☐ Địa chỉ liên hệ

10. Người đại diện hợp pháp của Tổ chức giao kết hợp đồng bảo hiểm

Họ tên

Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

Ngày tháng năm sinh

Ngày

Tháng

Năm

Loại giấy tờ

☐ CMND

☐ CCCD

☐ Hộ chiếu

tùy thân

Số

Ngày cấp

Quốc tịch

Quốc tịch thứ nhất

Các Quốc tịch khác (nếu có)

Số điện thoại

Email

Nghề nghiệp

Công việc cụ thể

ĐỊA CHỈ THƯỜNG TRÚ

NƠI Ở HIỆN TẠI

Số nhà,  
Tên đường

Phường / Xã

Quận / Huyện

Tỉnh / Thành phố

Quốc gia

B

SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Họ và Tên Người được bảo hiểm (NĐBH)

Tên sản phẩm chính và sản phẩm bổ sung/bán kèm:

Số tiền bảo hiểm:

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1  |  |  |
| 2  |  |  |
| 3  |  |  |
| 4  |  |  |
| 5  |  |  |
| 6  |  |  |
| 7  |  |  |
| 8  |  |  |
| 9  |  |  |
| 10 |  |  |

C

PHÍ BẢO HIỂM

1. Định kỳ đóng phí

☐ Năm ☐ Nửa năm ☐ Quý ☐ Tháng (chỉ áp dụng với phương thức thanh toán tự động phí bảo hiểm)
2. Tổng phí bảo hiểm đóng cùng hồ sơ này (đồng)

Số phí theo bảng minh họa (1)Số phí được giảm (nếu có) (2)Số phí cần phải đóng (1) – (2)
3. Phương thức đóng phí bảo hiểm đầu tiên

☐ Trực tuyến tại [www.aia.com.vn](http://www.aia.com.vn) ☐ Tiền mặt tại Ngân hàng

☐ Chuyển khoản ☐ Khác (vui lòng ghi rõ):

☐ Tiền mặt bằng phiếu thu của AIA - Số phiếu thu:

☐ Chuyển tiền từ hợp đồng khác - Số Hợp đồng:
4. BMBH phải là người đóng phí bảo hiểm đầu tiên và đồng ý cung cấp các giấy tờ chứng minh cho việc nộp khoản phí bảo hiểm này khi AIA có yêu cầu. Liên quan đến khoản phí bảo hiểm từ năm hợp đồng thứ 02 trở đi, người dự định đóng phí sẽ là:

☐ Bên mua bảo hiểm ☐ Người khác (người được ủy quyền đóng phí bảo hiểm). Nếu chọn Người khác (người được ủy quyền đóng phí bảo hiểm), vui lòng điền tờ khai báo thông tin.

**D** NGƯỜI THỤ HƯỞNG (NTH)

1. Nếu NĐBH sản phẩm chính dưới 18 tuổi, NTH được chỉ định phải là Cha/Mẹ ruột hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH.

2. Nếu NĐBH sản phẩm chính từ 18 tuổi trở lên, NTH có thể là Ông/Bà (nội, ngoại), Cha/Mẹ, Vợ/Chồng, Con, Anh/Chị/Em ruột của NĐBH.
3. Nếu NĐBH sản phẩm chính không còn NTH có các mối quan hệ được nêu tại 1 và 2, NTH được chỉ định có thể là Cô/Dì/Chú/Bác/Cháu ruột.

4. Tổng tỷ lệ % được hưởng của tất cả những NTH phải là 100%.

1. Họ và tên của NTH

2. Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

3. Ngày tháng năm sinh

Ngày

Tháng

Năm

4. Giấy tờ tùy thân

☐ CMND

☐ CCCD

☐ Hộ chiếu

☐ Khác

Số

Ngày cấp

Nơi cấp

5. Quốc tịch

Quốc tịch khác (nếu có)

6. Mối quan hệ với NĐBH SPC

Tỷ lệ % thụ hưởng (%)

7. Nghề nghiệp

Công việc cụ thể

8. Địa chỉ thường trú

Số nhà,  
Tên đường

Phường / Xã

Quận / Huyện

Tỉnh / Thành Phố

Quốc Gia

9. Số điện thoại di động

V03.2024OF | 04/11

1. Họ và tên của NTH

2. Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

3. Ngày tháng năm sinh

Ngày

Tháng

Năm

4. Giấy tờ tùy thân

☐ CMND

☐ CCCD

☐ Hộ chiếu

☐ Khác

Số

Ngày cấp

Nơi cấp

5. Quốc tịch

Quốc tịch khác (nếu có)

6. Mối quan hệ với NĐBH SPC

Tỷ lệ % thụ hưởng (%)

7. Nghề nghiệp

Công việc cụ thể

8. Địa chỉ thường trú

Số nhà,  
Tên đường  
Phường / Xã

Quận / Huyện  
Tỉnh / Thành Phố  
Quốc Gia

9. Số điện thoại di động

1. Họ và tên của NTH

2. Giới tính

☐ Nam

☐ Nữ

3. Ngày tháng năm sinh

Ngày

Tháng

Năm

4. Giấy tờ tùy thân

☐ CMND

☐ CCCD

☐ Hộ chiếu

☐ Khác

Số

Ngày cấp

Nơi cấp

5. Quốc tịch

Quốc tịch khác (nếu có)

6. Mối quan hệ với NĐBH SPC

Tỷ lệ % thụ hưởng (%)

7. Nghề nghiệp

Công việc cụ thể

8. Địa chỉ thường trú

Số nhà,  
Tên đường  
Phường / Xã

Quận / Huyện  
Tỉnh / Thành Phố  
Quốc Gia

9. Số điện thoại di động

## THÔNG TIN CÁ NHÂN

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Họ và tên<br>(CHỮ IN HOA)                                                            | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Giới tính                                                                            | <input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Ngày tháng năm sinh                                                                  | Ngày <table><tr><td></td><td></td></tr></table> Tháng <table><tr><td></td><td></td></tr></table> Năm <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Loại giấy tờ tùy thân<br>còn hiệu lực đính kèm<br>cùng Hồ sơ yêu cầu bảo<br>hiểm này | <input type="radio"/> CMND <input type="radio"/> CCCD <input type="radio"/> Hộ chiếu <input type="radio"/> Khác <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table><br>Số <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>Ngày cấp <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Số thẻ bảo hiểm y tế                                                                 | <input type="radio"/> Không <input type="radio"/> Có   Số <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Nơi sinh                                                                             | <input type="radio"/> Việt Nam <input type="radio"/> Khác (vui lòng ghi rõ) <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Quốc tịch                                                                            | Quốc tịch<br>thứ nhất <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table> Các quốc tịch<br>khác (nếu có) <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dân tộc                                                                              | <input type="radio"/> Kinh <input type="radio"/> Khác (vui lòng ghi rõ) <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Tình trạng hôn nhân                                                                  | <input type="radio"/> Độc thân <input type="radio"/> Kết hôn <input type="radio"/> Góa Chồng / Vợ <input type="radio"/> Ly dị                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Trình độ học vấn<br>cao nhất đã tốt nghiệp                                          | <input type="radio"/> Đại học / Cao đẳng<br>hoặc trên Đại học <input type="radio"/> Trung học<br>phổ thông / cơ sở <input type="radio"/> Dưới Trung học<br>cơ sở                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Mối quan hệ với BMBH                                                                | <input type="radio"/> Nhân viên<br><input type="radio"/> Khác (vui lòng ghi rõ) <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Nghề nghiệp và<br>công việc cụ thể<br>hiện tại                                      | Nghề nghiệp <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table><br>Công việc cụ thể <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table><br>Cơ quan làm việc (nếu có) <table><tr><td colspan="26"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. Nơi ở hiện tại,<br>số điện thoại                                                    | Số nhà,<br>Tên đường <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table> Phường /<br>Xã <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table><br>Quận /<br>Huyện <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table> Tỉnh /<br>Thành phố <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table><br>Quốc gia <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table> Điện thoại<br>di động <table><tr><td colspan="13"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## THÔNG TIN VỀ LỐI SỐNG VÀ SỨC KHỎE

Đối với các câu hỏi 2b, 3, 9, 11; Công ty không giới hạn thời gian khai thác thông tin sức khỏe cũng như lịch sử khám, điều trị bệnh; theo đó NĐBH cần kê khai tất cả thông tin về tình trạng sức khỏe đã có trước thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này. Trong trường hợp có bệnh liên quan, NĐBH vui lòng trả lời "Có" và đánh dấu vào bệnh tương ứng đã liệt kê

|                                                                  |                                                      |                                           |                                                 |  |  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|
| 1. NĐBH có hút thuốc<br>lá trong vòng 12 tháng<br>gần đây không? | <input type="radio"/> Không <input type="radio"/> Có | Số điếu / ngày                            |                                                 |  |  |
|                                                                  |                                                      | <input type="checkbox"/> Thuốc lá         | <table><tr><td></td><td></td></tr></table> điếu |  |  |
|                                                                  |                                                      |                                           |                                                 |  |  |
|                                                                  |                                                      | <input type="checkbox"/> Thuốc lá điện tử | <table><tr><td></td><td></td></tr></table> điếu |  |  |
|                                                                  |                                                      |                                           |                                                 |  |  |

2. Câu hỏi liên quan tới việc sử dụng rượu bia:

a/ NĐBH có sử dụng  
rượu, bia trong vòng  
12 tháng gần đây  
không?

☐ Không

☐ Có

Số lượng uống / tuần

☐ Bia

☐ Rượu vang

☐ Rượu mạnh

lon

ly

chén/ly

chai

chai

chai

b/ NĐBH đã từng được chẩn đoán, điều trị nghiện rượu hoặc các bệnh liên quan đến nghiện rượu không?

☐ Không

☐ Có

☐ Loạn thần do rượu

☐ Viêm gan do rượu

☐ Viêm tụy do rượu

☐ Xơ gan do rượu

3. NĐBH đã từng hoặc hiện nay có sử dụng chất ma túy hoặc từng được điều trị cai nghiện ma túy không?

☐ Không

☐ Có

☐ Sử dụng ma túy

☐ Rối loạn tâm thần do sử dụng ma túy

4. NĐBH có tham gia các hoạt động mạo hiểm không?

☐ Không

☐ Có

Loại hình hoạt động:

☐ Đua xe

☐ Lặn

☐ Leo núi

☐ Nhảy dù

5. Trong 12 tháng gần đây, NĐBH đã từng ở nước ngoài từ 02 tháng liên tục trở lên không?

☐ Không

☐ Có

Tên quốc gia:

6. Trong 12 tháng sắp tới, NĐBH có chuẩn bị đi nước ngoài và ở lại từ 02 tháng liên tục trở lên không?

☐ Không

☐ Có

Tên quốc gia:

Mục đích:

☐ Định cư

☐ Du học

☐ Du lịch

☐ Công tác

☐ Hợp tác lao động

Từ năm

tới năm

7. NĐBH 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?

☐ Không

☐ Có

Chiều cao và cân nặng của NĐBH

Chiều cao

cm

Cân nặng

kg

9. NĐBH đã mắc phải hoặc được chẩn đoán bệnh về khuyết tật bẩm sinh hoặc di truyền không?

☐ Không

☐ Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều chẩn đoán sau :

☐ thông liên nhĩ, thông liên thất

☐ bệnh Down

☐ tứ chứng Fallot

☐ bệnh máu không đông

☐ còn ống động mạch

☐ câm, điếc bẩm sinh

10. Trong 03 năm gần đây, NĐBH đã từng nhập viện hoặc được thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm máu, nước tiểu, chụp X-quang, chụp cắt lớp (CT scan), chụp cộng hưởng từ (MRI), siêu âm, điện tâm đồ, sinh thiết hoặc bất kỳ xét nghiệm nào khác không?

☐ Không

☐ Có

11. NĐBH đã từng được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị do bất kỳ bệnh nào được liệt kê sau đây không?

a/ Bệnh thuộc hệ thần kinh

☐ Không

☐ Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :

☐ bệnh não

☐ đột quỵ

☐ bệnh màng não

☐ động kinh

☐ cơn thiếu máu não thoáng qua

☐ bệnh dây thần kinh

☐ tai biến mạch máu não

☐ bệnh trầm cảm

☐ bệnh tâm thần

☐ loạn thần do rượu

V03.2024OF | 07/11

|                                          |                             |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| b/ Bệnh thuộc hệ nội tiết                | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> bệnh tiểu đường<br><input type="checkbox"/> bệnh tuyến giáp                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| c/ Bệnh thuộc hệ hô hấp                  | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> bệnh viêm phế quản<br><input type="checkbox"/> bệnh hen suyễn<br><input type="checkbox"/> bệnh viêm phổi<br><input type="checkbox"/> bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính<br><input type="checkbox"/> bệnh lao phổi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| d/ Bệnh thuộc hệ tim mạch                | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> tăng mỡ trong máu<br><input type="checkbox"/> tăng huyết áp<br><input type="checkbox"/> cơn đau thắt ngực<br><input type="checkbox"/> bệnh mạch vành<br><input type="checkbox"/> thiếu máu cơ tim<br><input type="checkbox"/> nhồi máu cơ tim<br><input type="checkbox"/> rối loạn nhịp tim<br><input type="checkbox"/> bệnh van tim<br><input type="checkbox"/> bệnh tim bẩm sinh                                                                                                                                                                                                                      |
| e/ Bệnh thuộc hệ tiêu hoá                | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của thực quản<br><input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của dạ dày-tá tràng<br><input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của đại tràng, trực tràng<br><input type="checkbox"/> bệnh trào ngược dạ dày-thực quản<br><input type="checkbox"/> hội chứng ruột kích thích<br><input type="checkbox"/> bệnh trĩ<br><input type="checkbox"/> tăng men gan<br><input type="checkbox"/> xơ gan<br><input type="checkbox"/> viêm gan siêu vi B<br><input type="checkbox"/> viêm gan siêu vi C<br><input type="checkbox"/> viêm gan do rượu<br><input type="checkbox"/> bệnh sỏi túi mật, đường mật |
| f/ Bệnh thuộc hệ thận-tiết niệu-sinh dục | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> bệnh sỏi thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo<br><input type="checkbox"/> bệnh viêm cầu thận<br><input type="checkbox"/> suy thận<br><input type="checkbox"/> bệnh của cơ quan sinh dục                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| g/ Bệnh ung thư, u, bướu                 | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> bệnh ung thư<br><input type="checkbox"/> u, bướu<br><input type="checkbox"/> nang<br><input type="checkbox"/> pô-lip (polyp)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| h/ Bệnh về máu                           | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> bệnh thiếu máu<br><input type="checkbox"/> xuất huyết<br><input type="checkbox"/> bệnh máu không đông<br><input type="checkbox"/> suy tủy<br><input type="checkbox"/> tăng sinh tủy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| i/ Bệnh thuộc hệ cơ-xương-khớp           | <input type="radio"/> Không | <input type="radio"/> Có | Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :<br><input type="checkbox"/> bệnh viêm khớp<br><input type="checkbox"/> bệnh thấp khớp<br><input type="checkbox"/> bệnh Gút (Gout)<br><input type="checkbox"/> đau lưng<br><input type="checkbox"/> bệnh thoát vị đĩa đệm<br><input type="checkbox"/> bệnh thoái hoá cột sống<br><input type="checkbox"/> Lupus ban đỏ hệ thống<br><input type="checkbox"/> viêm đa cơ                                                                                                                                                                                                                                                               |

j/ Bệnh  
mắt-tai-mũi-họng

☐ Không ☐ Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :

|                                          |                                           |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm xoang | <input type="checkbox"/> bệnh về tai      |
| <input type="checkbox"/> bệnh về mắt     | <input type="checkbox"/> bệnh về hầu-họng |
| <input type="checkbox"/> bệnh về mũi     |                                           |

k/ Bệnh lây truyền qua  
đường tình dục,  
HIV-AIDS

☐ Không ☐ Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :

|                                                                |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bệnh lây truyền qua<br>đường tình dục | <input type="checkbox"/> hội chứng suy giảm<br>miễn dịch mắc phải<br>(AIDS) |
| <input type="checkbox"/> các bệnh liên quan<br>đến AIDS        | <input type="checkbox"/> nhiễm HIV                                          |

l/ Chấn thương do tai  
nạn

☐ Không ☐ Có

CÂU HỎI DÀNH CHO NỮ

m/ Bệnh hoặc các rối  
loạn thuộc hệ sinh  
dục nữ

☐ Không ☐ Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :

|                                                      |                                                         |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bệnh tuyến vú               | <input type="checkbox"/> bệnh vôi trứng,<br>buồng trứng |
| <input type="checkbox"/> bệnh cổ tử cung,<br>tử cung | <input type="checkbox"/> rối loạn kinh<br>nguyệt        |

12. Trong 03 năm gần đây,  
NĐBH có những triệu  
chứng nào được liệt kê  
sau đây không?

☐ Không ☐ Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều triệu chứng sau :

|                                                                                   |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> giảm thị lực, giảm<br>thính lực, chảy nước<br>tai        | <input type="checkbox"/> ho ra máu, khó thở,<br>đau ngực              |
| <input type="checkbox"/> nôn (ói) ra máu, đi<br>tiêu ra máu, vàng da,<br>vàng mắt | <input type="checkbox"/> yếu cơ, yếu liệt tay<br>chân, biến dạng khớp |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> phù, tiểu ra máu                             |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> u, bướu, hạch                                |

13. Có ai trong gia đình  
NĐBH (cha/mẹ/anh  
/chị/em ruột) mắc phải  
hay chết trước 60 tuổi  
do các bệnh được liệt  
kê sau đây không?

☐ Không ☐ Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau :

|                                            |                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bệnh ung thư      | <input type="checkbox"/> đột quỵ           |
| <input type="checkbox"/> bệnh tiểu đường   | <input type="checkbox"/> bệnh thận đa nang |
| <input type="checkbox"/> bệnh tim bẩm sinh | <input type="checkbox"/> bệnh di truyền    |

14. NĐBH vui lòng mô tả chi tiết thông tin vào ô  
bên phải cho những câu trả lời "Có" hoặc bổ  
sung thêm các thông tin chi tiết nếu có và  
nộp kèm bảng câu hỏi sức khỏe phù hợp

NỘI DUNG CAM KẾT VỀ YÊU CẦU THAM GIA BẢO HIỂM

1. Tôi/chúng tôi cam kết cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác theo sự 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 AIA ký kết hợp đồng bảo hiểm, do vậy việc cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ và chính xác có thể dẫn đến việc hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực hoặc bị chấm dứt hiệu lực và quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
2. Tôi/chúng tôi hiểu và đồng ý rằng AIA 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.
3. 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 AIA hoặc bên thứ ba được AIA ủy quyền.
4. 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 AIA bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu AIA yêu cầu.
5. Tôi/chúng tôi xác nhận đã được tư vấn đầy đủ, rõ ràng về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm và hiểu rõ sản phẩm bảo hiểm tôi/chúng tôi chọn phù hợp với nhu cầu và khả năng tài chính của tôi/chúng tôi.
6. Tôi/chúng tôi đồng ý với nội dung sử dụng và bảo mật thông tin khách hàng của AIA, theo đó, AIA được sử dụng, chuyển giao thông tin cá nhân của Bên mua bảo hiểm, (các) Người được bảo hiểm, (các) Người thụ hưởng do tôi/chúng tôi cung cấp trong hợp đồng bảo hiểm cho bên thứ ba trong các trường hợp:
- Theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền bao gồm cả cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ
  - Cho các mục đích sau:
    - Thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, phát hành hợp đồng
    - Thu phí bảo hiểm, chăm sóc khách hàng, chi trả quyền lợi bảo hiểm
    - Trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm
    - Thiết lập hệ thống lưu trữ, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu.
7. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng dữ liệu cá nhân sẽ chỉ được chuyển ra ngoài vùng lãnh thổ cho mục đích xử lý nghiệp vụ và lưu trữ, trong trường hợp có đủ hệ thống bảo vệ cần thiết đảm bảo tính toàn vẹn và bảo mật của các dữ liệu này.
8. Tôi/chúng tôi chấp thuận cho AIA gửi đến tôi/chúng tôi các thông tin và chương trình khuyến mãi liên quan đến sản phẩm và dịch vụ của AIA. Tuy nhiên, tôi/chúng tôi có quyền lựa chọn không nhận các thông tin này bất kỳ lúc nào.
9. Trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có hành vi liên quan đến rửa tiền/khủng bố, AIA có quyền áp dụng các biện pháp theo quy định của pháp luật và/hoặc thực hiện các biện pháp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền liên quan tới hợp đồng bảo hiểm này.
10. Tôi, Bên mua bảo hiểm hoàn toàn chịu trách nhiệm về việc ủy quyền cho người khác thay tôi nộp phí bảo hiểm hay hoàn trả các khoản tạm ứng từ giá trị hợp đồng. AIA không có trách nhiệm hoặc nghĩa vụ phải xác minh việc tôi ủy quyền cho bên thứ ba. 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.

Tôi/Chúng tôi đồng ý tất cả các nội dung trên: ☒ Đồng ý ☐ Không đồng ý

Nếu không đồng ý, Quý khách vui lòng đánh dấu vào nội dung không đồng ý

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**XÁC NHẬN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VỀ VIỆC NHẬN THÔNG TIN HỢP ĐỒNG QUA EMAIL, TIN NHẮN**

1. Tôi sẽ luôn duy trì số điện thoại, Email trong tình trạng nhận được thông tin và sẽ thông báo cho AIA nếu có bất kỳ thay đổi nào. Theo đó, AIA 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.
2. Mọi trao đổi gửi đến hoặc gửi từ số điện thoại và Email mà tôi đã cung cấp/cập nhật cho AIA mặc nhiên được hiểu là gửi đến cho tôi hoặc gửi từ tôi.
3. Tôi/ chúng tôi đồng ý rằng AIA Việt Nam sẽ liên hệ với tôi/ chúng tôi qua Zalo và các kênh liên lạc khác (nếu có) mà tôi/chúng tôi đã kích hoạt bằng số điện thoại đăng ký tại AIA Việt Nam.

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

Tôi/chúng tôi khẳng định Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người thụ hưởng của hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này 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, AIA 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 AIA sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm các khoản phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ các 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).

☐ Đồng ý

Lưu ý: Trong trường hợp bất kỳ Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, 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 dưới và nộp kèm tờ khai W9 cho từng cá nhân tương ứng.

☐ Đồng ý

**GHI CHÚ QUAN TRỌNG**

Tôi/chúng tôi cam kết đã kiểm tra toàn bộ hồ sơ yêu cầu bảo hiểm để đảm bảo các thông tin đã cung cấp là đầy đủ, chính xác và trung thực trước khi ký và gửi cho AIA. Nếu AIA phát hiện tôi/chúng tôi không tự mình cung cấp thông tin, yêu cầu lập và tự mình ký, xác nhận vào hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này, AIA có quyền hủy bỏ hoặc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và giải quyết hậu quả pháp lý theo quy định của pháp luật.

Nơi ký

Ngày

Tháng

Năm

**BÊN MUA BẢO HIỂM**

CHỮ KÝ 1

CHỮ KÝ 2

Họ tên

**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM**

CHỮ KÝ 1

CHỮ KÝ 2

Họ tên

**ĐẠI LÝ**

CHỮ KÝ

Họ tên