

Gán bó dài lâu.

Xin trả lời đầy đủ và hoàn chỉnh tất cả các phần sau bằng bút bi màu xanh hoặc màu đen

UL04- 000000

Số Hợp đồng bảo hiểm:

(do Công ty ghi)

**PHẦN 1. CHI TIẾT CÁ NHÂN****BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)**Họ và tên (viết chữ IN HOA):

Tình trạng gia đình:

 Đã lập gia đình Độc thân Góa Ly hônNgày tháng năm sinh: Giới tính: Nam Nữ

Số CCCD/CMND/Hộ chiếu/

Nơi sinh:.....

Số GPKD (dành cho BMBH là tổ chức):

Quốc tịch:

 Việt Nam Hoa Kỳ Khác (ghi rõ).....Số Tài khoản Ngân hàng: Tại CN/PGD của Ngân hàng:

Địa chỉ thường trú: (Vui lòng cung cấp địa chỉ thường trú tại Hoa Kỳ nếu có)

Số nhà & tên đường: Phường/Xã/Thị trấn: Quận/Huyện/Tỉnh/Thành phố:

Địa chỉ thư tín: (Chỉ liên lạc với BMBH theo địa chỉ tại Việt Nam)

Số nhà & tên đường: Phường/Xã/Thị trấn: Quận/Huyện/Tỉnh/Thành phố:

Số điện thoại liên lạc: (bắt buộc)

Nhà riêng: Cơ quan: Di động (*): (*) Tôi đồng ý nhận tin nhắn qua dịch vụ SMS từ Công ty khi hợp đồng được phát hành.Email: Nghề nghiệp/Việc làm hiện tại: Mô tả chi tiết công việc:

Nghề nghiệp/Việc làm khác:

 Không Có (vui lòng cung cấp chi tiết)Mô tả chi tiết công việc: Thu nhập bình quân:

(đồng/năm)

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH (NĐBH) (trả lời nếu khác BMBH)Họ và tên (viết chữ IN HOA):

Tình trạng gia đình:

 Đã lập gia đình Độc thân Góa Ly hônNgày tháng năm sinh: Giới tính: Nam NữSố CCCD/CMND/HC/ĐDCN/GKS:

Nơi sinh:.....

Quốc tịch:

 Việt Nam Hoa Kỳ Khác (ghi rõ).....

Địa chỉ thường trú: (Vui lòng cung cấp địa chỉ thường trú tại Hoa Kỳ nếu có)

Số nhà & tên đường: Phường/Xã/Thị trấn: Quận/Huyện/Tỉnh/Thành phố:

Số điện thoại liên lạc:

Nhà riêng: Cơ quan:

Di động:

Nghề nghiệp/Việc làm hiện tại: Mô tả chi tiết công việc:

Nếu người được bảo hiểm < 16 tuổi: Hiện đang học lớp:..... trường:

Nghề nghiệp/Việc làm khác:

 Không Có (vui lòng cung cấp chi tiết)Mô tả chi tiết công việc: Thu nhập bình quân:

(đồng/năm)

Mối quan hệ của Bên mua bảo hiểm với Người được bảo hiểm chính Thu nhập gia đình:

(đồng/năm)

BMBH/NĐBH có thực hiện khai báo thuế tại Hoa Kỳ không? Có Không**Lưu ý: Không được bôi xóa bất cứ thông tin gì trên Giấy yêu cầu bảo hiểm**

PHẦN 2. CHI TIẾT CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM YÊU CẦU

a) BẢO HIỂM CHÍNH:

(vui lòng đánh dấu (x) chọn một chương trình bảo hiểm, sau đó điền đầy đủ số tiền bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm)

AN TÂM HÙNG THỊNH TOÀN DIỆN

Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm cơ bản Quyền lợi bảo hiểm nâng cao

Số tiền bảo hiểm: VNĐ *hàng tỷ hàng triệu hàng ngàn hàng đơn vị* Thời hạn bảo hiểm: năm

b) BẢO HIỂM BỔ SUNG DÀNH CHO BÊN MUA BẢO HIỂM: (điền đầy đủ thông tin nếu có tham gia)

	Số tiền bảo hiểm:	Thời hạn bảo hiểm:
	<i>hàng tỷ hàng triệu hàng ngàn hàng đơn vị</i>	
Bảo hiểm tai nạn toàn diện nâng cao	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	1 năm và được gia hạn hàng năm
Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm

c) BẢO HIỂM BỔ SUNG DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH: (điền đầy đủ thông tin nếu có tham gia)

	Số tiền bảo hiểm:	Thời hạn bảo hiểm:
	<i>hàng tỷ hàng triệu hàng ngàn hàng đơn vị</i>	
Bảo hiểm tai nạn toàn diện nâng cao	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện trả trước	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
Bảo hiểm hỗ trợ chi phí chữa trị bệnh nan y	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	1 năm và được gia hạn hàng năm
Bảo hiểm hỗ trợ chi phí sinh hoạt	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	
Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VNĐ	<input type="text"/> <input type="text"/> năm

d) BẢO HIỂM BỔ SUNG DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM KHÁC (nếu có – vui lòng kèm Tờ khai sức khỏe của từng người tham gia bảo hiểm) (vui lòng điền đầy đủ thông tin, trong đó dựa vào tên sản phẩm bảo hiểm bổ sung ở phần (2.c) để ghi vào cột sản phẩm bổ sung tham gia)

STT	Họ và tên NDBH bổ sung	Ngày tháng năm sinh	Quan hệ với NDBH chính	Bảo hiểm bổ sung tham gia	Số tiền bảo hiểm (VNĐ)	Thời hạn bảo hiểm (năm)

PHẦN 3. CHI TIẾT ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM (vui lòng hoàn chỉnh các khoản mục sau)

Định kỳ đóng phí: Năm Nửa năm Quý

Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ: VNĐ *hàng tỷ hàng triệu hàng ngàn hàng đơn vị*

Phí bảo hiểm dự tính đóng định kỳ: VNĐ

Số Phiếu thu phí BH:

Ngày thu phí (trên phiếu thu):

Chữ ký TVTC/Người làm chứng Chữ ký của Người được bảo hiểm chính Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Họ và tên:.....

Họ và tên:.....

Họ và tên:.....

(Nếu Người được bảo hiểm chính chưa đủ 18 tuổi, thì cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm chính ký thay.)

PHẦN 4. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Các quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm còn sống vào thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm tử vong, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho (những) Người thụ hưởng theo chi tiết dưới đây. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, nếu được Người được bảo hiểm đồng ý, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi sự chỉ định này vào bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho Dai-ichi Life Việt Nam bằng văn bản và được Công ty xác nhận trước khi thay đổi có hiệu lực.

Họ và tên	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Số CCCD/CMND/HC/ĐCCN/GKS	Địa chỉ	Mối quan hệ với NĐBH	Tỷ lệ % thụ hưởng

PHẦN 5. THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE**5A - THÔNG TIN CHUNG CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH) VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH (NĐBH)**

	BMBH	NĐBH	BMBH		NĐBH	
			Có	Không	Có	Không
1. (a) Chiều cao:	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm				
Cân nặng:	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg				
(b) Trong 6 tháng qua, trọng lượng của BMBH/NĐBH có thay đổi quá 5kg không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu Có, xin cho biết thay đổi tăng hay giảm và nguyên do gì:	<input type="text"/>					
BMBH	<input type="text"/>					
NĐBH	<input type="text"/>					
2. (a) BMBH/NĐBH có đang hoặc đã từng hút thuốc lá không?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu Có, nêu rõ loại thuốc, số lượng đã hút mỗi ngày, trong bao lâu và lý do ngừng hút thuốc (nếu có):	<input type="text"/>					
BMBH	<input type="text"/>					
NĐBH	<input type="text"/>					
(b) BMBH/NĐBH có đang hoặc đã từng uống bia, rượu hoặc loại thức uống có cồn nào khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu Có, nêu rõ loại gì, mỗi lần bao nhiêu mililit (ml) và bao nhiêu lần một tuần:	<input type="text"/>					
BMBH	<input type="text"/>					
NĐBH	<input type="text"/>					
(c) BMBH/NĐBH có đang được điều trị bằng bất kỳ loại thuốc nào không?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu Có, nêu rõ loại và lý do sử dụng:	<input type="text"/>					
BMBH	<input type="text"/>					
NĐBH	<input type="text"/>					
(d) BMBH/NĐBH đã bao giờ sử dụng thuốc gây nghiện, chất kích thích hoặc ma túy không?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu Có, nêu rõ loại và lý do sử dụng:	<input type="text"/>					
BMBH	<input type="text"/>					
NĐBH	<input type="text"/>					
3. BMBH/NĐBH có từng được biết đã mắc phải, hay từng được điều trị, hay được yêu cầu hoặc có dự định khám bệnh hoặc điều trị những chứng bệnh sau đây không? (với những câu hỏi được trả lời có, xin vui lòng cung cấp đầy đủ chi tiết vào Bảng Chi Tiết ở trang 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) Rối loạn mỡ máu, huyết áp cao, huyết áp thấp, đột quy, cơn đau tim, âm thổi ở tim, khó thở, rối loạn nhịp tim, thấp tim, đau ngực, bệnh van tim, bệnh hoặc bất kỳ rối loạn ở tim hoặc mạch máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Bệnh suyễn, viêm phế quản, viêm phổi, lao phổi, ho kéo dài hơn 2 tuần, ho ra máu hoặc những bệnh lý liên quan đến hệ hô hấp?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Bệnh tiểu đường (đái tháo đường), tăng đường máu, bệnh tuyến giáp hoặc các rối loạn, bệnh lý liên quan đến tuyến nội tiết?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Suy sụp thần kinh, động kinh, mất nhận thức, liệt, yếu chi, đau đầu kéo dài hơn 2 tuần, viêm não/ màng não, bệnh tâm thần hoặc các rối loạn tâm thần, rối loạn thần kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Chảy dịch tai, chảy máu mũi, thị lực kém, rối loạn thính lực, rối loạn ngôn ngữ hoặc bệnh ở tai, mắt, mũi và họng?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (f) Bệnh sốt rét, bệnh sốt của miền nhiệt đới, bệnh sốt cơn hoặc sốt kéo dài hơn 2 tuần? |
- (g) Loét dạ dày hoặc tá tràng, tiêu chảy kéo dài hơn 2 tuần, tiêu chảy mãn tính hoặc từng đợt, sỏi mật, viêm gan hoặc rối loạn chức năng gan, vàng da, xơ gan, thương hàn, viêm đại tràng, đi cầu ra máu hoặc bệnh lý ở đường tiêu hóa?..... |
- (h) Máu, đạm hoặc đường trong nước tiểu, sỏi thận, viêm hoặc các bệnh ở thận, đường tiết niệu hoặc cơ quan sinh dục?..... |
- (i) BMBH/NDBH có bao giờ được chẩn đoán và điều trị bệnh lây qua đường tình dục, Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV/AIDS)?..... |
- (j) BMBH/NDBH có bao giờ làm xét nghiệm HIV không? Nếu Có, ghi rõ lý do, thời gian thực hiện và kết quả?..... |
- (k) Bệnh thiếu máu, bệnh bạch huyết, suy tủy, xuất huyết, bất thường về máu hoặc đã từng được truyền máu?..... |
- (l) Bệnh viêm khớp, bệnh hoặc biến dạng hoặc rối loạn ở cơ, da, xương, khớp (chi, cột sống)?..... |
- (m) Bệnh ung thư, u bướu hoặc phì đại ở các tuyến, bộ phận của cơ thể?..... |
- (n) Bệnh tự miễn: bệnh xơ cứng bì, lupus (ban) đỏ hoặc bệnh lý hệ thống?..... |
- (o) Bất kỳ bệnh, rối loạn, phẫu thuật hoặc tổn thương hoặc mất khả năng hoạt động bộ phận của cơ thể hoặc nhiễm độc hóa chất không?..... |
- 4. Trong 3 năm qua, BMBH/NDBH có bao giờ từng thực hiện những cuộc kiểm tra y tế sau:
 - (a) Khám sức khỏe hoặc điều trị nội hay ngoại trú tại bệnh viện hoặc phòng khám nào không?..... |
 - (b) Được chụp X-quang, điện tâm đồ, điện tâm đồ gắng sức, siêu âm, chụp cắt lớp điện toán (CT scan), chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc sinh thiết, chụp nhũ ảnh, xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu không?..... |
 - (c) Có biểu hiện triệu chứng nào sau đây kéo dài hơn một tuần: mệt mỏi, sụt cân, tiêu chảy, phì đại hạch hoặc sang thương bất thường ở da?..... |
- 5. BMBH/NDBH có dị tật nào không? Bẩm sinh hay mắc phải?..... |
- 6. BMBH/NDBH có bị tai nạn bao giờ không? Sau đó có để lại thương tật nào không?..... |
- 7 Nếu là PHỤ NỮ, xin trả lời câu hỏi này:**
 - (a) BMBH/NDBH đang mang thai?..... |
 Nếu Có, xin vui lòng cho biết tình trạng sức khỏe của bạn, sức khỏe và số tuần của thai nhi:
 BMBH
 NDBH
 - (b) BMBH/NDBH có bị biến chứng trong các lần thai sản trước không?..... |
- 8. BMBH/NDBH có tham gia những môn thể thao nguy hiểm: lặn, leo núi, nhảy dù, tàu lượn, đua xe, nhảy cầu, lướt sóng, trượt ván, vượt thác, quyền anh? |
- 9. BMBH/NDBH có thường xuyên đi lại bằng đường thủy không?..... |
 Nếu Có, xin vui lòng cho biết thêm chi tiết:
 BMBH
 NDBH

Chữ ký TVTC/Người làm chứng

Chữ ký của Người được bảo hiểm chính

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Họ và tên:.....

Họ và tên:.....

Họ và tên:.....

(Nếu Người được bảo hiểm chính chưa đủ 18 tuổi, thì cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm chính ký thay.)

10. Ngoài yêu cầu bảo hiểm này, BMBH/NDBH đã từng hoặc đang có Yêu cầu/Hợp đồng bảo hiểm nào khác với Dai-ichi Life Việt Nam hoặc với bất kỳ Công ty bảo hiểm nhân thọ nào khác không? (Kể cả Yêu cầu/Hợp đồng bảo hiểm bị hủy hoặc bị từ chối)
 Nếu Có, vui lòng cung cấp chi tiết theo Bảng chi tiết dưới đây:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Công ty bảo hiểm	Người được bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Năm tham gia bảo hiểm	Loại hình bảo hiểm	Điều kiện (phí chuẩn, bị từ chối, điều khoản đặc biệt,...)	Tình trạng hợp đồng hiện tại

Nếu trả lời **Có** ở các câu **3, 4, 5, 6, 7 hoặc 8** trong phần này, xin vui lòng cung cấp chi tiết theo Bảng Chi Tiết dưới đây. Nếu chỗ trống không đủ, xin vui lòng kèm thêm một tờ khai chi tiết. Đính kèm các kết quả xét nghiệm, hồ sơ liên quan đến khám và điều trị bệnh (nếu có).

	STT câu hỏi	Lý do khám? Được chẩn đoán bệnh gì? Đã làm các xét nghiệm gì? Chi tiết việc điều trị?	Thời gian xảy ra	Nơi khám và tên Bác sĩ khám/ điều trị	Kết quả khám/điều trị? Tình trạng hiện tại (Ví dụ: đã chấm dứt điều trị hoặc đang tiếp tục điều trị)?
BMBH					
NDBH					

11. Bệnh sử gia đình:

		Xin vui lòng ghi rõ chi tiết nếu Cha, Mẹ hoặc anh/chị/em của BMBH/NDBH đã qua đời hoặc mắc bệnh ung thư, tăng đường huyết, tim mạch, đột quy, cao huyết áp, bệnh thận, tâm thần, bệnh về máu, sa sút trí tuệ, bệnh Alzheimer, bệnh Parkinson, rối loạn thần kinh vận động hoặc bất kỳ bệnh di truyền nào khác.			
		Nếu còn sống, xin cho biết tuổi và tình trạng sức khỏe		Nếu đã qua đời, xin cho biết qua đời lúc bao nhiêu tuổi và nguyên nhân (nếu qua đời vì bệnh, ghi rõ bệnh gì?)	
		Tuổi	Tình trạng sức khỏe hiện tại	Tuổi qua đời	Nguyên nhân qua đời
BMBH	Cha				
	Mẹ				
	Anh, chị, em				
NDBH	Cha				
	Mẹ				
	Anh, chị, em				

5B- THÔNG TIN DÀNH RIÊNG CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM DƯỚI 10 TUỔI

Có Không

1. NDBH có bị thương tổn hoặc khuyết tật lúc chào đời không? NDBH có chịu những bất thường khi sinh, dị tật bẩm sinh, "xanh tím trẻ sơ sinh", mất nhận thức hoặc Hội chứng Down không?.....
 Nếu **Có**, xin cho biết chi tiết:

2. NDBH được sinh: a/ Sinh thường Sinh mổ Sinh hỗ trợ
 b/ Sinh đủ tháng Sinh thiếu tháng Sinh quá ngày
 c/ Sinh một Sinh đôi Sinh đa thai

3. NDBH cân nặng bao nhiêu khi mới sinh? _____ kg

4. Sau khi sinh, NDBH ở bệnh viện mấy ngày? _____ ngày, nếu hơn 7 ngày, xin cho biết lý do:

5. NDBH có được tiêm chủng đầy đủ theo lịch chương trình tiêm chủng quốc gia?.....
 Nếu **Không**, xin vui lòng cho biết lý do:

PHẦN 6. CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

- Tôi cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây cũng như bất cứ thông tin nào khác cung cấp cho Dai-ichi Life Việt Nam đều là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi không che giấu bất cứ thông tin nào có thể ảnh hưởng đến sự đánh giá và chấp thuận Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Tôi hiểu rằng tôi phải có trách nhiệm thông báo cho Dai-ichi Life Việt Nam bất kỳ sự thay đổi nào về tình trạng sức khỏe của những người tham gia bảo hiểm, trước khi Hợp đồng bảo hiểm được phát hành. Tôi khẳng định tất cả các câu trả lời là hoàn toàn chính xác. Dai-ichi Life Việt Nam có trách nhiệm bảo mật thông tin do tôi cung cấp. Trừ trường hợp cung cấp cho cơ quan có thẩm quyền hoặc Công ty Tái bảo hiểm hoặc các bên liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Dai-ichi Life Việt Nam chỉ được chuyển giao thông tin này cho bên thứ ba khác khi được tôi đồng ý.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng việc đóng Phí bảo hiểm tạm nộp trước khi Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được chấp thuận không có nghĩa Dai-ichi Life Việt Nam cam kết phát hành Hợp đồng bảo hiểm theo như yêu cầu, Hợp đồng sẽ chỉ bắt đầu có hiệu lực khi Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được chấp thuận hoàn toàn, Phí bảo hiểm đầu tiên đã được nộp đủ và Hợp đồng bảo hiểm được phát hành.
- Tôi đồng ý cho phép Cơ quan bảo hiểm, Công ty bảo hiểm, Bác sĩ hoặc cơ sở y tế đã điều trị hoặc tư vấn sức khỏe được quyền cung cấp cho Dai-ichi Life Việt Nam, Công ty Tái bảo hiểm hoặc tòa án có liên quan bất kỳ thông tin nào về yêu cầu bảo hiểm/bồi thường hoặc tình trạng sức khỏe của những người tham gia bảo hiểm khi được yêu cầu. Bản sao của hồ sơ này có giá trị như bản gốc.
- Liên quan đến quy định về thuế tại Hoa Kỳ, khi cơ quan có thẩm quyền yêu cầu cung cấp thông tin, chúng tôi đồng ý và cho phép công ty được tiết lộ thông tin mà chúng tôi đã cung cấp cho công ty. Chúng tôi đồng ý cung cấp thêm thông tin trong thời gian hợp lý khi công ty yêu cầu.
- Giấy yêu cầu bảo hiểm này được xem là một bộ phận của Hợp đồng Bảo hiểm khi yêu cầu bảo hiểm được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận.

Chữ ký của Người được bảo hiểm chính (*ghi rõ Họ và Tên*)

Ngày ký:

(Nếu Người được bảo hiểm chính chưa đủ 18 tuổi, thì cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm chính ký thay.)

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm (*ghi rõ Họ và Tên*)

Ngày ký:

PHẦN 7. CAM KẾT CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG

Tôi cam đoan chữ ký trên là chữ ký của Người được bảo hiểm và của Bên mua bảo hiểm được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi.

Chữ ký của Người làm chứng (Tư vấn tài chính)

Ngày ký:

Họ và Tên: Mã số TVTC: Chi nhánh: Mã chi nhánh:

Ghi chú: Giải thích các từ viết tắt

- CCCD: Căn cước công dân

- CN/PGD: Chi nhánh/Phòng giao dịch

- GKS: Giấy khai sinh

- CMND: Chứng minh nhân dân

- HC: Hộ chiếu

- TVTC: Tư vấn tài chính

- GPKD: Giấy phép kinh doanh

- ĐDCN: Định danh cá nhân

Lưu ý: Không được bôi xóa bất cứ thông tin gì trên Giấy yêu cầu bảo hiểm

Gắn bó dài lâu.

*Do Tư vấn tài chính (TVTC) khai thác lập.
Bảo cáo này áp dụng cho mỗi Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm (GYCBH)*



Bên Mua Bảo Hiểm (BMBH):

Người Được Bảo Hiểm (NĐBH):

Tư vấn tài chính:

Mã số Tư vấn tài chính:

PHẦN A: THÔNG TIN CHUNG

1. Anh/Chị quen biết như thế nào với BMBH và NĐBH? Vui lòng ghi rõ mối quan hệ: Bản thân; Cha/Mẹ; Vợ/Chồng; Anh Chị Em ruột/họ hàng; Bạn rất thân; Đồng nghiệp; Hàng xóm; Chỉ mới gặp; ...

BMBH:

NĐBH:

2. Thu nhập hàng năm ước tính của BMBH? VNĐ

3. Anh/Chị vui lòng mô tả chi tiết công việc của khách hàng (bao gồm công việc chính và bất kỳ việc làm thêm/làm ngoài giờ) kể cả địa điểm và môi trường làm việc

BMBH:

NĐBH:

4. Anh/Chị có biết bất kỳ thông tin nào dưới đây về BMBH hoặc NĐBH?

BMBH		NĐBH	
Có	Không	Có	Không

- a. Tranh chấp tại Tòa án/phá sản?.....
- b. Dính líu đến bất kỳ nhóm tội phạm, quân sự hoặc hoạt động có nghi vấn?...
- c. Sinh mạng bị đe dọa hoặc tổn thương thân thể?.....
- d. Sử dụng quá mức chất có cồn, thuốc lá hoặc chất gây nghiện khác?.....
- e. Bị bình phẩm bất lợi về lối sống hoặc tính cách?.....

5. Hợp đồng này có dùng để thay thế cho bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm nào hiện có của BMBH/NĐBH?.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Chi tiết thiết kế sản phẩm:

TÊN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM PL NGHỀ NGHIỆP SỐ TIỀN BẢO HIỂM PHÍ BẢO HIỂM ĐỊNH KỲ

QLBH chính:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
QLBH bổ sung 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
QLBH bổ sung 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
QLBH bổ sung 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
QLBH bổ sung 4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
QLBH bổ sung 5:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
QLBH bổ sung 6:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TỔNG CỘNG:

7. Nếu có sự cộng tác của TVTC khác, vui lòng cho biết chi tiết:

HỌ VÀ TÊN TVTC MÃ SỐ TVTC TỶ LỆ CHIA CHỮ KÝ XÁC NHẬN CỦA TVTC

TVTC chính:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TVTC phụ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anh/Chị TVTC vui lòng trả lời cụ thể, cung cấp chi tiết nếu trả lời CÓ. Vui lòng không bỏ trống hoặc gạch chéo.

1. BMBH/NĐBH trông có vẻ xanh xao, phù thũng, hoặc vàng mắt, vàng da không?

2. BMBH/NĐBH có sử dụng mắt giả, có bị loạn, cận/lão thị, hay bị mù không?

3. BMBH/NĐBH nghe có bị lãng tai không?

4. Miệng hoặc nửa bên mặt có bị méo lệch không?

5. Vùng quanh cổ (tuyến giáp) có bị phình to không (bướu cổ)?

6. Giọng nói có bất thường, khàn tiếng hay ngọng không?

7. Thở có vẻ nặng nề, mệt nhọc và/hoặc thở nhanh không?

8. Đi đứng có khập khiễng hay dùng dụng cụ hỗ trợ (nạng, xe lăn...) không?

9. Khách hàng có bị tổn thương, hay mất bộ phận nào (ngón tay/chân, cụt chi,...) trên cơ thể mà Anh/Chị có thể nhìn thấy được không?

10. Anh/Chị có khi nào nghe thấy BMBH/NĐBH đã từng bị bệnh hoặc được Bác Sĩ tư vấn về sức khỏe thể chất và tâm thần kinh ngoài những điều đã khai trên Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm? Hoặc có vấn đề nào khác mà Anh/Chị cần thông báo với Công ty không?

PHẦN C: CAM KẾT CỦA TVTC

1. Tôi cam đoan rằng tôi đã hỏi đầy đủ những câu hỏi và chứng kiến cho những người ký tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm. Tôi cũng đã hỏi tất cả các câu hỏi liên quan đến yêu cầu bảo hiểm và tôi đồng ý với chiều cao và trọng lượng của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm và tin rằng tất cả các câu trả lời cho những câu hỏi là đúng.

2. Tôi xác nhận những nhận xét trên là do tôi quan sát, trao đổi, tìm hiểu và ghi nhận qua sự gặp gỡ trực tiếp với BMBH và NĐBH.

Chữ ký của TVTC
(Ký và ghi rõ Họ Tên)

Ngày ký / /