

Tổ chức tín dụng:

Mã Chi nhánh:

Ngày điền hồ sơ:

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ PRUDENTIAL



THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (cũng là Bên mua bảo hiểm)

Họ và tên:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Ngày sinh:	CMND/Hộ chiếu số:	
Quốc tịch:	Chức vụ:	Số điện thoại:
Địa chỉ liên hệ tại Việt Nam:		

KHOẢN VAY VÀ LOẠI HÌNH BẢO HIỂM

Số tiền đề nghị vay:	Thời hạn vay:	tháng
Số tiền bảo hiểm ban đầu:	Loại phí bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> Đơn kỳ <input type="checkbox"/> Hàng tháng
Loại hình bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> PHÚ-BẢO TÍN AN GIA	<input type="checkbox"/> PHÚ-AN TÍN <input type="checkbox"/> PHÚ-THƯƠNG TÍN
Loại hình vay:	<input type="checkbox"/> Thế chấp BĐS	<input type="checkbox"/> Thế chấp ô tô <input type="checkbox"/> Hạn mức ứng trước <input type="checkbox"/> Tín dụng tiêu dùng
Quý khách có được bảo hiểm bởi Prudential theo những hợp đồng vay khác tại Tổ chức Tín dụng này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu có, vui lòng cho biết tổng số dư nợ vay hiện tại của những hợp đồng vay này: đồng		

PHÂN TÍCH NHU CẦU

1. Hợp đồng bảo hiểm này có đáp ứng được nhu cầu của Quý khách về bảo vệ an toàn tài chính cho gia đình trước rủi ro và giúp Quý khách thực hiện được các mục tiêu hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Quý khách có đủ khả năng tài chính để đóng phí bảo hiểm cho hợp đồng bảo hiểm này hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp)

	Có	Không
1. Quý khách có bao giờ được tư vấn, khám hoặc điều trị, hoặc được làm các xét nghiệm liên quan đến những bệnh sau đây? Nếu có vui lòng đánh dấu vào bệnh liên quan. <ul style="list-style-type: none">• Bệnh tim, bệnh mạch máu, cao huyết áp, đau ngực, tăng áp động mạch phổi, tăng cholesterol máu;• Bệnh ung thư, u, bướu, nang, polyp, hạch to;• Bệnh nội tiết, bệnh tiểu đường, bệnh tuyến giáp;• Bệnh gan, mật, lách, tụy;• Bệnh thần kinh, tai biến mạch máu não, động kinh, bại liệt, teo cơ, nhược cơ;• Bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm thần;.....• Bệnh phổi mãn tính;• Bệnh thận và đường tiết niệu;• Bệnh tai hoặc bệnh mắt;• Bệnh đường tiêu hóa;• Các bệnh lao tiến triển;• Bệnh máu, tủy xương, bệnh gout, bệnh xương khớp;• Bệnh lupus ban đỏ và các bệnh tự miễn;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30101021



Có Không

<ul style="list-style-type: none"> • Nhiễm HIV, các bệnh liên quan đến AIDS hay bất kỳ bệnh nào lây truyền qua đường tình dục; • Chứng nghiện rượu, bia; • Các bệnh mãn tính hoặc nghiêm trọng khác chưa được đề cập ở trên. 		
2. Quý khách có bao giờ sử dụng ma túy và/ hoặc các chất gây nghiện không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quý khách có phải nằm viện và/ hoặc phẫu thuật trong vòng 05 (năm) năm gần đây không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Quý khách có tham gia các hoạt động nguy hiểm sau đây không? Nếu có vui lòng đánh dấu vào hoạt động liên quan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lặn; • Đua xe; • Leo núi; • Nhảy dù; • Săn bắn; • Đóng thế vai nguy hiểm. • Làm việc ở độ cao hơn 10m (các công việc có môi trường làm việc ngoài trời liên quan trực tiếp đến độ cao mà trong công việc phải có chú ý quy trình quản lý rủi ro, bao gồm nhưng không giới hạn ở các công việc sau: thợ xây, thợ vẽ, gắn biển quảng cáo, công nhân cắt tỉa nhánh cây, công nhân lau chùi kính cao ốc, công nhân đường dây cao thế,...), hoặc dưới lòng đất, hoặc trực tiếp với nguồn điện cao thế, nguồn gây nổ, chất phóng xạ; • Nhân viên kiểm lâm; • Đánh cá ngoài khơi; • Làm việc tại giàn khoan dầu khí; 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quý khách đã có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm với bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ nào kể cả Prudential bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối hoặc đã / đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vui lòng điền thông tin chi tiết nếu quý khách có câu trả lời CÓ cho câu 3 và / hoặc câu 5 ở trên

<p>3. Quý khách có phải nằm viện và/ hoặc phẫu thuật trong vòng 05 (năm) năm gần đây không? Nếu CÓ vui lòng cho biết chi tiết:</p> <p>a. Quý khách đã nhập viện vào ngày/ tháng/ năm nào? Vui lòng cho biết tên bác sĩ/ tên bệnh viện mà Quý khách đã điều trị.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>b. Các triệu chứng nào khiến Quý khách phải nhập viện? Các triệu chứng này lần đầu tiên xuất hiện khi nào?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>c. Quý khách đã được xuất viện vào ngày/ tháng/ năm nào? Chẩn đoán của bác sĩ khi ra viện là gì?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



- d. Quý khách có được bác sĩ yêu cầu quay trở lại bệnh viện hay được giới thiệu hoặc chuyển đến một cơ sở y tế khác để được tiếp tục điều trị không? Nếu có Quý khách vui lòng cho biết chi tiết về quá trình điều trị.

- e. Quý khách vui lòng cung cấp giấy ra viện, các kết quả xét nghiệm và các giấy tờ liên quan đến các lần nhập viện trên.

5. Quý khách đã có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm với bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ nào kể cả Prudential bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối hoặc đã/ đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không? Nếu CÓ vui lòng cho biết các chi tiết sau đây:

Tên Công ty Bảo hiểm	Số Hợp Đồng BHNT	Bị Tăng phí/ Loại trừ/ Tạm hoãn/ Từ chối	Đang chờ Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Số tiền bảo hiểm sẽ được ưu tiên chi trả cho Tổ chức tín dụng/ Bên cho vay theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm.

Phần còn lại của Số tiền bảo hiểm (nếu có) sẽ được chi trả cho (những) Người thụ hưởng có tên dưới đây:

Số thứ tự	Họ và tên	Giới tính	Quan hệ với Người được bảo hiểm	Số CMND / Hộ chiếu / Khai sinh	Ngày, tháng, năm sinh	Địa chỉ liên lạc	Tỷ lệ % được hưởng
1							
2							
3							
4							

CAM KẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tôi cam kết và đồng ý:

- (1) đã kê khai đầy đủ, đúng sự thật về các thông tin và số liệu trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm ("HSYCBH") này và những thông tin khác theo yêu cầu của Công ty; nếu các thông tin và số liệu này được kê khai không trung thực hoặc không đầy đủ, Công ty sẽ không có nghĩa vụ giải quyết bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào; các thông tin và số liệu này có thể được sử dụng bởi Công ty và các thành viên trong cùng Tập đoàn Prudential, các đối tác của Prudential cho những mục đích hợp pháp, bao gồm nhưng không giới hạn mục đích tiếp thị, nghiên cứu thị trường, rà soát giải quyết quyền lợi bảo hiểm, và phục vụ khách hàng mà không cần phải được tôi cho phép trước;



- và nếu không có sự đồng ý trước bằng văn bản, Công ty không được phép tiết lộ hoặc sử dụng các số liệu và thông tin này cho bất cứ bên thứ ba nào khác;
- (2) cho Công ty thu thập những thông tin, tài liệu về sức khỏe, điều kiện y tế ở bất kỳ thời gian nào, từ bất cứ cơ sở y tế, bệnh viện hoặc bác sĩ nào đã khám, chẩn đoán và/ hoặc điều trị cho tôi, hoặc những thông tin có liên quan đến tôi từ bất cứ cơ quan chính quyền, công ty bảo hiểm, tổ chức hoặc cá nhân nào khác mà không cần phải được tôi cho phép bằng một văn bản khác; và các cơ sở y tế, bệnh viện, bác sĩ, công ty bảo hiểm khác, tổ chức, cá nhân, khi nhận được bản sao HSYCBH này, được phép cung cấp cho Công ty những thông tin nói trên;
 - (3) đã và chỉ cung cấp cho Đại lý của Công ty những thông tin như đã nêu trong HSYCBH này trong quá trình được tư vấn, trả lời các câu hỏi theo mẫu và hoàn tất HSYCBH; đã lập HSYCBH này một cách độc lập; và Đại lý của Công ty đã không cung cấp bất cứ thông tin nào gây bất lợi cho Công ty hoặc tạo thuận lợi hơn cho tôi khi Công ty thẩm định hồ sơ này;
 - (4) toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký HSYCBH này được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian tôi đang cư trú tại Việt Nam;
 - (5) cập nhật kịp thời cho Công ty bất kỳ thay đổi nào về các thông tin cá nhân đã cung cấp cho Công ty, bao gồm cả thư điện tử, điện thoại và địa chỉ liên lạc; và cung cấp cho Công ty bất kỳ thông tin bổ sung nào khi Công ty có yêu cầu, ví dụ như các tờ khai thuế; và cho phép Công ty cung cấp cho cơ quan thuế Hoa Kỳ (i) thông tin cá nhân của tôi như đã cung cấp trong hợp đồng bảo hiểm hoặc được cung cấp sau đó cho Công ty, bao gồm cả thông tin về khai thuế, và (ii) thông tin về hợp đồng bảo hiểm, bao gồm số hợp đồng bảo hiểm, giá trị tài khoản hoặc thông tin về hợp đồng và/hoặc giá trị tiền mặt của hợp đồng bảo hiểm, nếu có, tại bất kỳ thời điểm nào trong thời hạn của hợp đồng bảo hiểm này, khi tôi là người chịu thuế hoặc trở thành người chịu thuế tại Hoa Kỳ như được định nghĩa theo luật thuế Hoa Kỳ; và
 - (6) Tổ chức tín dụng nêu dưới đây được ủy quyền thay mặt tôi trực tiếp giao dịch với Công ty về việc đóng phí bảo hiểm, yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nhận hoàn phí bảo hiểm, nhận quyền lợi bảo hiểm, và/ hoặc nhận/ thực hiện (các) khoản thanh toán, quyền lợi, nghĩa vụ, thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm như được quy định trong Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm.

Tôi xác nhận rằng tôi đã được Đại lý bảo hiểm/ Đại diện bán hàng phân tích nhu cầu, giải thích và tôi hiểu rõ cũng như hoàn toàn đồng ý với nội dung HSYCBH, Tài liệu minh họa bán hàng và Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm, bao gồm điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, là bộ phận hợp thành Bộ Hợp đồng bảo hiểm.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM
(Vui lòng ký ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

Ngày:

PHẦN DÀNH CHO [tên Ngân hàng / Tổ chức tín dụng]:

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

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

CHỮ KÝ CỦA ĐẠI LÝ BẢO HIỂM/ ĐẠI DIỆN BÁN HÀNG
(Vui lòng ký ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

Ngày:

Mã số đại lý: