

Tổ chức tín dụng:

Mã Chi nhánh:

Ngày điền hồ sơ:

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ



(<Tên sản phẩm> - <Quyền lợi cơ bản/ Quyền lợi nâng cao>)

A. THÔNG TIN CHUNG

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:		

B. LOẠI HÌNH BẢO HIỂM

Số tiền bảo hiểm ban đầu:	Thời hạn bảo hiểm: ____ tháng
Lựa chọn đóng phí bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> Một lần <input type="checkbox"/> Năm <input type="checkbox"/> Nửa năm <input type="checkbox"/> Quý <input type="checkbox"/> Tháng
Phương thức đóng phí:	<input type="checkbox"/> Phí bảo hiểm được tính riêng <input type="checkbox"/> Cộng dồn chung với khoản vay
Quý khách có được bảo hiểm bởi Prudential theo những hợp đồng vay	
Nếu có, vui lòng cho biết tổng số dư nợ vay hiện tại của những hợp đồng vay này. _____ đồng	

C. 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

D. THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp dưới đây)

CÂU HỎI DÀNH CHO SỐ TIỀN BẢO HIỂM BẰNG HOẶC NHỎ HƠN 500 TRIỆU ĐỒNG	Có	Không
1. Tôi xác nhận rằng tôi đang trong tình trạng sức khỏe bình thường và xác nhận hiện tại tôi không tham gia bất cứ điều trị y tế nào. Trong vòng 2 năm qua tôi chưa từng nằm viện từ 2 tuần trở lên. Tôi cũng xác nhận rằng tôi không sử dụng các chất kích thích hay ma túy mà không có chỉ định của bác sĩ và tôi không bị khuyết tật hoặc chấn thương hoặc các bệnh bẩm sinh. Tôi chưa từng được chẩn đoán mắc bệnh ung thư, đột quy, bệnh tim, bệnh về hệ thần kinh, bệnh về máu, bệnh tiểu đường, bệnh xơ gan, bệnh AIDS, suy thận, suy gan hoặc suy hô hấp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CÂU HỎI DÀNH CHO SỐ TIỀN BẢO HIỂM TRÊN 500 TRIỆU ĐỒNG	Có	Không
PHẦN 1		
1. Chiều cao: _____ Cân nặng: _____		
2. Quý khách có bao giờ bị, hoặc được chẩn đoán là mắc bệnh, hoặc đang trong quá trình xét nghiệm y khoa liên quan đến những bệnh sau đây: bệnh tim; bệnh phổi; bệnh thận; bệnh gan; tuyến giáp; bệnh về máu; bệnh về hệ thần kinh; rối loạn tuần hoàn; bệnh ung thư/ u nang/ khối u bất thường; cao huyết áp; đột quy; tiểu đường; viêm gan siêu vi B, C; nhiễm HIV, các bệnh liên quan đến AIDS; hoặc bệnh tâm lý; hoặc chấn thương, khuyết tật hoặc mắc bệnh bẩm sinh hoặc mắc bệnh nghiêm trọng khác chưa được đề cập ở trên.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trong vòng 2 năm gần đây, Quý khách có được bác sĩ tư vấn hoặc khám ^(*) cho bất cứ tình trạng bệnh lý, hoặc Quý khách được khuyên xét nghiệm, điều trị, phẫu thuật, nằm viện từ 7 ngày liên tục trở lên không? <small>(*) Loại trừ việc đi khám cho các bệnh lý sau: cảm cúm, các bệnh thường gặp như đau mắt, đau khớp, thai sản và sinh mổ, phá thai hoặc các chấn thương, bệnh lý đã khôi phục và không cần điều trị thêm.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quý khách có tham gia các nghề nghiệp hoặc hoạt động nguy hiểm, như là: làm việc ở độ cao; hoặc dưới lòng đất; hoặc trực tiếp với nguồn gây nổ, chất phóng xạ; đua xe; lặn; leo núi; tham gia các hoạt động hàng không không phải với tư cách là hành khách trên các chuyến bay dân dụng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quý khách đã có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm bị tạm hoãn, từ chối, hủy bỏ hoặc chấp nhận bảo hiểm có điều kiện đặc biệt với bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ nào kể cả Prudential không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quý khách có bao giờ sử dụng ma túy và/ hoặc các chất gây nghiện, hoặc được điều trị chứng nghiện rượu hay ma túy không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN 2
Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết trong trường hợp Quý khách có câu trả lời “Có” cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên. Vui lòng cung cấp tên bệnh viện và nơi điều trị, thời gian điều trị và thời gian bị bệnh hoặc tai nạn, tên bác sĩ điều trị hoặc các thông tin liên quan khác (nếu có).



E. THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Số tiền bảo hiểm sẽ được ưu tiên chi trả cho **[tên Ngân hàng/ Tổ chức tín dụng]** 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							

F. 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: