

HEALTH CARE INSURANCE - APPLICATION FORM
GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

New application / Tham gia lần đầu Change Insuer / Thay đổi CTBH Renewal / Tái tục

PART I. POLICYHOLDER INFORMATION (PHẦN I. THÔNG TIN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM) - "PH"

Full name/Họ và tên: Gender (Giới tính): BOD (Ngày sinh):/...../.....

Occupation (Nghề nghiệp): Mobile (Số di động):

Organization (Cơ quan): Email:

Residential Address /Địa chỉ thường trú:

Mailing Address - If different from residential address above (Địa chỉ nhận thư - trong trường hợp khác với địa chỉ thường trú):.....

PART II. SUMMARY OF DEPENDENTS TO BE COVERED (PHẦN II. THÔNG TIN NGƯỜI PHỤ THUỘC) - "DP"

If you have any dependents to be covered, please summarize information of the dependents in the below table. If there is no dependent, please skip this part and move on to the next

(Nếu bạn có người phụ thuộc cũng tham gia bảo hiểm, xin vui lòng tóm tắt thông tin của những người phụ thuộc vào bảng dưới đây. Nếu bạn không có người phụ thuộc, xin vui lòng bỏ qua bảng này và chuyển tiếp sang phần sau)

Dependents (Người phụ thuộc-NPT)	Full name (Họ và tên)	Relationship (QH với BMBH)	Gender (Giới tính)	Date of Birth (Ngày sinh)	Height (Chiều cao)	Weight (Cân nặng)	Occupation (Nghề nghiệp)	ID/Passport (Số CMT/HC)	Nationality (Quốc tịch)
Spouse (Vợ/chồng)									
Child 1 (Con 1)									
Child 2 (Con 2)									
Child 3 (Con 3)									

PART III. PLAN SELECTION (PHẦN III. LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM)

Benefit/ Quyền lợi	Policyholder (Chủ hợp đồng)	Spouse (Vợ/chồng)	Child 1 (Con 1)	Child 2 (Con 2)	Child 3 (Con 3)	Plan/chương trình
Main Coverage (Inpatient) /Chương trình chính (Nội trú)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan D / Chương trình D : VND1,050,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan E / Chương trình E : VND2,100,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan F / Chương trình F : VND3,150,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan G / Chương trình G : VND4,200,000,000

Out-patient/ Quyền lợi ngoại trú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 2 / Chương trình 2 : VND31,500,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 3 / Chương trình 3 : VND63,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 4 / Chương trình 4 : VND84,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 5 / Chương trình 5 : VND126,000,000

Dental Care/ Chăm sóc răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 1 / Chương trình 1 : VND21,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 2 / Chương trình 2 : VND10,500,000

Maternity Care/ Thai sản	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 1 / Chương trình 1 : VND31,500,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 2 / Chương trình 2 : VND63,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 3 / Chương trình 3 : VND105,000,000
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan 5 / Chương trình 5 : VND126,000,000

Death due to Disease / Chết do bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vietnam / Việt Nam
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Worldwide/ Toàn cầu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limit requested (unit : million dong)/Hạn mức yêu cầu (đơn vị : tr đồng)

Death due to Accident/ <i>Chết do tai nạn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vietnam / <i>Việt Nam</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Worldwide/ <i>Toàn cầu</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limit requested (unit : million dong)/ <i>Hạn mức yêu cầu(đơn vị : tr đồng)</i>

INSURANCE PERIOD (*THỜI HẠN BẢO HIỂM*): From (*Từ*):/...../.....
To (*Đến*):/...../.....

Annual Premium (*STBH năm*): Loading (*Tăng phí*):.....Discount (*Giảm phí*):

NET PREMIUM (*PHÍ BẢO HIỂM THUẦN*): Payment mode (*Phương thức TT*):

INFORMATION OF THE BENEFICIARY (*THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG TIỀN BẢO HIỂM*)
Full name (*Họ và tên*): ID/Passport No. (*Số CMT/hộ chiếu*):
Relationship with Insured (*Quan hệ với NĐBH*): Address (*Địa chỉ*):

PART IV. MEDICAL QUESTIONNAIRE (*PHẦN IV. BẢNG CÂU HỎI SỨC KHỎE*)

Benefit/ <i>Quyền lợi</i>	Policyholder (<i>Chủ hợp đồng</i>)	Spouse (<i>Vợ/chồng</i>)	Child 1 (<i>Con 1</i>)	Child 2 (<i>Con 2</i>)	Child 3 (<i>Con 3</i>)
Please answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes (<i>Đề nghị Quý khách trả lời các câu hỏi dưới đây bằng cách đánh dấu tick rõ ràng vào mỗi ô Có/Không tương ứng</i>)					
1. Are you or any family member currently disabled, ill, or unable to perform normal daily activities? (<i>Bạn hay người trong gia đình có ai đang bị thương tật, ốm, hay không có khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt thông thường không?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
2. Are you or any family member currently undergoing in-hospital or under any medical treatment? (<i>Bạn hay người trong gia đình có ai đang trải qua quá trình điều trị tại Bệnh viện hoặc bất cứ điều trị y tế nào không?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
3. During the last 5 years, have you or any family member ever been in-hospital for more than 02 weeks or did you take a leave on your works due to any sickness as you were not able to work normally more than 02 weeks? (<i>Trong vòng 05 năm qua, bạn hay người trong gia đình có ai phải điều trị tại bệnh viện quá 02 tuần hoặc bạn đã từng nghỉ việc quá 02 tuần vì nguyên nhân sức khỏe do không thể làm việc bình thường được?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
4. During the last 3 years, have you or any family member ever been diagnosed of any medical conditions or received treatment or advised to have investigation test, treatment, or surgery for any of the following? (<i>Trong vòng 03 năm qua, bạn hay người trong gia đình đã bao giờ được chẩn đoán là có vấn đề về sức khỏe hoặc đã từng được điều trị hay được tư vấn thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán, điều trị, hay phẫu thuật liên quan đến các vấn đề dưới đây?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
a. Cardiac or cardiovascular or circular condition? Blood vessels, Arteries, Blood pressure, Anemia? (<i>Tim, tim mạch, hệ tuần hoàn, mạch máu, động mạch, huyết áp cao, thiếu máu?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
b. Migraines, Chornic headache, Epilepsi, Stroke? (<i>Đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, động kinh, đột quỵ?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
c. Kidney, Prostate, Urinary System, Diabetes? (<i>Thận, tuyến tiền liệt, hệ tiết niệu, tiểu đường?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)

d. Cancer, Tumor of all types, Cyst, Polyp, Lump, Carcinoma or Abnormal growth of any kind? (<i>ung thư, u các loại, bao hoạt dịch, polip, caxinom, hay bất cứ khối nào phát triển bất thường?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
e. Liver, Stomach, Gall Bladder, Colon, Intestine ulcers, Hepatitis? (<i>Gan, dạ dày, túi mật, ruột kết, loét ruột, viêm gan?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
f. Bone or Skeletal, including any Disorder of knee, hip, or back? Spinal disk herniation? Spinal degeneration? Chronic inflame of born joints? Osteoarthritis and tendon break? (<i>xương và hệ cơ xương, bao gồm các vấn đề về đầu gối, hông hoặc lưng? Thoát vị đĩa đệm? Thoái hóa khớp gối? Viêm đa khớp mãn tính? Đứt gân hoặc dây chằng?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
g. Depress, Stress, Anxiety? Drug abuse or alcoholism? Underweight or overweight? (<i>Trầm cảm, stress, lo lắng? Nghiện thuốc hoặc rượu? Thiếu cân hoặc thừa cân?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
h. Tuberculosis of any kinds? Parkinson, Alzheimer? Lupus rash? HIV? (<i>Lao các loại, Parkinson, Alzheimer, Lupus ban đỏ? HIV?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
5. Should the applicant be a child under 16 years of age, does s/he suffer DOWN syndrome or some mental problems such as ASD, ADHD? (<i>Nếu người phụ thuộc là trẻ em, em ấy có bị hội chứng DOWN hay hội chứng tâm lý như tự kỷ, tăng động giảm chú ý?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)
6. Any other illness, injury, impairment or condition of any kind not stated above? (<i>Có bất cứ bệnh, thương tật, khiếm khuyết bẩm sinh hay bất cứ tình trạng nào chưa được đề cập trên đây?</i>)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)	<input type="checkbox"/> Yes (Có) <input type="checkbox"/> No(Không)

For any above question that has been ticked as "Yes", please provide complete details of the medical issues in the textbox below
(Nếu có câu trả lời là "Có" trong các câu hỏi trên, vui lòng cung cấp chi tiết về vấn đề sức khỏe của bạn/người phụ thuộc dưới đây)

Applicant (Người YCBH)	Disease/Injury (Bệnh/thương tật)	Incurred date (Ngày điều trị)	Treatment and condition received (Phương thức và tình hình điều trị)	Present health state (Tình hình SK hiện tại)

PART V. OTHER INFORMATION (PHẦN V. CÁC THÔNG TIN KHÁC)

Please answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes (*Đề nghị Quý khách trả lời các câu hỏi dưới đây bằng cách đánh dấu tick rõ ràng vào mỗi ô Có/Không tương ứng*) Yes (Có) No (Không)

- Have you or any family member had any medical/ healthcare insurance contracts previously or currently? If Yes, please give details: (*Bạn hay những người trong gia đình đã ai từng tham gia bảo hiểm với Công ty Bảo hiểm của Việt Nam nào chưa? Nếu có, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết*)
 - ◆ Name of Insurer 1 (*Tên CTBH 1*):Sums Insured (*STBH*):
 - ◆ Name of Insurer 1 (*Tên CTBH 1*):Sums Insured (*STBH*):
- During the last 03 years, have you or any family member made any major claim exceeding VND 55,000,000 (USD 2,500) against any insurer in respect of bodily injury or sickness during the last 03 years? If Yes, please give details (*Trong vòng 03 năm qua, bạn hay những người trong gia đình đã bao giờ yêu cầu công ty bảo hiểm bồi thường nhiều hơn 55.000.000 VND (USD 2500) cho thương tật hay bệnh nào đó chưa? Nếu có, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết*)
 - ◆ Name of Insurer (*Tên CTBH*):Sums Insured (*STBH*):
 - ◆ Nature of claim (*Nội dung YCBT*):Claim amount (*Số tiền YCBT*):
- Do you or any family member have any dangerous sport hobbies? (Diving, skydiving, expoloration, martial arts, Sumo, horse racing, race car, operation of private airplane, hot air baloon, ski, surfing, climbing, acrobat etc.)/*Bạn hay những người trong gia đình có ai có sở thích thể thao mạo hiểm? (Lặn, nhảy dù, thắm dò, võ thuật, vật, đua ngựa, đua xe, vận hành máy bay tư nhân, kinh khí cầu, trượt tuyết, lướt sóng, leo núi, nhào lộn, v.v...)*

PART VI . DECLARATION (PHẦN VI . CAM KẾT)

I hereby apply to be covered under the selected UIC Healthcare Insurance together with the dependents listed in Part II of this application *(Tôi yêu cầu được tham gia chương trình Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe (HCI) của UIC cùng với những người phụ thuộc liệt kê trong Phần II của Giấy yêu cầu bảo hiểm này)*

I/We declare to the best of my knowledge and belief that the information given in the application is true and complete, ; and that I/We have not withheld any information or material facts that may influence the assessment and acceptance of this insurance *(Tôi/ Chúng tôi cam kết rằng tôi/ chúng tôi đã kê khai giấy yêu cầu này một cách đầy đủ và trung thực với tất cả sự hiểu biết của tôi/chúng tôi, và tôi/chúng tôi không che giấu bất cứ thông tin hay sự thật nào có thể ảnh hưởng đến việc đánh giá và chấp nhận yêu cầu bảo hiểm của tôi/chúng tôi)*

I/We understand that all Pre-Existing Conditions before the effective date of this Policy are not covered during first joining year *(Chúng tôi/ Tôi hiểu rằng tất cả Bệnh có sẵn trước ngày có hiệu lực của bảo hiểm sẽ không được thanh toán trong năm đầu tiên)*

I accept, if I do not provide information above required, in the event of a claim being made under this plan, which is deemed as being treatment for a pre-existing medical or related medical conditions by UIC, such claim will be rejected against me or my dependents. *(Tôi đồng ý rằng, nếu tôi không kê khai đầy đủ thông tin theo quy định, trong trường hợp có yêu cầu bồi thường phát sinh theo hợp đồng này mà UIC đánh giá đây là bệnh có sẵn, họ có quyền từ chối hồ sơ yêu cầu bồi thường của tôi hoặc của những người phụ thuộc)*

I have received, read, understand and agree to UIC's applicable Health Care Insurance policy wording, including but not limited to, coverage terms, exclusions and benefits expressed therein. I will take responsibility to check that this product is appropriate to our financial needs and insurance objectives *(Tôi đã ghi nhận, đọc, hiểu và đồng ý với Quy tắc Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe của UIC, bao gồm và không giới hạn, các định nghĩa, điều khoản loại trừ và quyền lợi được trình bày tại Quy tắc này. Tôi xin chịu mọi trách nhiệm về việc đánh giá sản phẩm bảo hiểm này có phù hợp với yêu cầu bảo hiểm và nhu cầu tài chính của chúng tôi hay không) .*

CERTIFICATION (CAM KẾT)

I hereby certify, represent and warrant *(Tôi cam kết, tuyên bố và đảm bảo):*

- (i) that I have read the above questions or they have been read to me, and I understand them *(các câu hỏi trên đây đã được tôi đọc, hoặc đọc cho tôi, và tôi hoàn toàn hiểu)*
- (ii) that my responses to the questions are true, accurate and complete in all respects *(tôi đã trả lời các câu hỏi trên trung thực, chính xác và đầy đủ trên mọi phương diện)*
- (iii) that I am (we are) currently in good health and, except for the conditions and other information disclosed herein, have not been diagnosed with, treated for, and do not suffer from any pre-existing diseases which I/we foresee may require treatment in the future or for which I/we intend to claim under this insurance *(tôi/chúng tôi hiện đang có sức khỏe tốt, ngoại trừ các tình trạng và thông tin sức khỏe đã kê khai; tôi/chúng tôi không có chẩn đoán, điều trị hay mắc bất cứ bệnh có sẵn mà tôi/chúng tôi thấy trước là cần phải được điều trị hoặc tôi/chúng tôi cố tình yêu cầu bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm này)*

MEDICAL RELEASE (CAM KẾT CHO PHÉP SỬ DỤNG THÔNG TIN Y TẾ)

I/We authorize and request any doctor, practitioner and or any other medical establishment, who has attended me and any of my dependents included under this plan for treatment of a medical condition, to provide UIC with the information they may need in connection to any claim made under this plan *(Tôi/chúng tôi ủy quyền và yêu cầu bất cứ bác sĩ, chuyên gia y tế hay bất kỳ cơ sở khám chữa bệnh nào, người đã khám và điều trị cho tôi và tất cả những người phụ thuộc tham gia hợp đồng bảo hiểm này, cung cấp cho UIC các thông tin mà họ có thể cần để giải quyết yêu cầu bồi thường của chúng tôi theo hợp đồng này).*

CONFIRMATION (XÁC NHẬN CỦA KHÁCH HÀNG)

Please confirm by sign on fields below *(Vui lòng xác nhận bằng cách ký tên vào ô dưới đây):*

Signature *(Chữ ký)* Date of request *(Ngày YCBH):*/...../.....

Attachment / Các chứng từ đính kèm

- Marital certificate / Giấy chứng nhận đăng ký kết hôn *(bản sao)*
- ID / Passport (Copy) / Giấy CMND *(bản sao)*
- Birth Certificate (Copy) / Giấy khai sinh *(bản sao)*