

**HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE NHÓM**

Họ và tên của Đại lý

Hồ sơ số

Mã số Đại Lý

Số điện thoại liên lạc

Phương thức thanh toán











(\*) Ngày yêu cầu bảo hiểm

 Thanh toán thông qua đại lý (tiền mặt/chuyển khoản...)
   
 Chuyển khoản cho Công ty bảo hiểm

Ngày

Tháng

Năm

**BÊN THU XẾP HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM/BÊN ĐÚNG RA GOM NHÓM HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM/TRƯỜNG NHÓM**

(Xin vui lòng điền bằng chữ in và chừa 1 ô trống giữa các cụm chữ và đánh dấu vào ô thích hợp)

Ông/Bà/Cô/Cháu

Họ và tên (Theo CMND hoặc giấy khai sinh)

Email:

Số ĐT di động:

Quốc gia:

Số ĐT nhà riêng:

Quốc gia:

CMND/Khai sinh số

Dân tộc:

Nơi sinh:

Ngày

Tháng

Năm sinh

Tuổi

Quốc gia:

Địa chỉ hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:

Phường/Xã:

Quận/Huyện:

Tỉnh/Thành phố:

Quốc Gia:

Nghề nghiệp:

Công việc cụ thể:

Chức vụ:

**BÊN YÊU CẦU THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM NHÓM**

(Xin vui lòng điền bằng chữ in và chừa 1 ô trống giữa các cụm chữ và đánh dấu vào ô thích hợp)

Ông/Bà/Cô/Cháu

Họ và tên (Theo CMND hoặc giấy khai sinh)

Email:

Số ĐT di động:

Quốc gia:

Số ĐT nhà riêng:

Quốc gia:

CMND/Khai sinh số

Dân tộc:

Nơi sinh:

Ngày

Tháng

Năm sinh

Tuổi

Quốc gia:

Địa chỉ hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:

Phường/Xã:

Quận/Huyện:

Tỉnh/Thành phố:

Quốc Gia:

Nghề nghiệp:

Công việc cụ thể:

Chức vụ:

**THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM MUỐN THAM GIA**

Lưu ý: Chương trình Bảo hiểm của Người được Bảo hiểm Bồ sung phải nhỏ hơn Chương trình của Người được Bảo hiểm chính

| Chi tiết   | Tên đầy đủ | Quan hệ với bên yêu cầu<br>(khoanh tròn lựa chọn) | Số CMND/Hộ chiếu/Giấy khai sinh | Ngày sinh            | Chương trình tham gia |
|------------|------------|---|---------------------------------|----------------------|-----------------------|
| NĐBH chính |            | BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ                           | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |                       |
| NĐBHBS 1   |            | BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ                           | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |                       |
| NĐBHBS 2   |            | BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ                           | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |                       |
| NĐBHBS 3   |            | BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ                           | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |                       |
| NĐBHBS 4   |            | BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ                           | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |                       |
| NĐBHBS 5   |            | BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ                           | <input type="text"/>            | <input type="text"/> |                       |

PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN PHÍ

PHÍ BẢO HIỂM PHẢI NỘP:

VND

THỜI HẠN BẢO HIỂM YÊU CẦU (Bên thu xếp điền sau khi hoàn thành gom nhóm)

+ Ngày bắt đầu hiệu lực

Từ: ...../...../.....

+ Ngày kết thúc hiệu lực

Đến: ...../...../.....



**THÔNG TIN VỀ PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN**

Quý khách có thể thanh toán phí theo các hình thức như sau:

Hạn thanh toán : **Không quá 10 ngày kể từ ngày hiệu lực đơn**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Đóng phí không bằng tiền mặt (Internet Banking) qua</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tài khoản Ngân hàng của UIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Số tài khoản: <b>0011000028058</b></li> <li>◆ Người thụ hưởng: <b>Cong ty Bao hiểm liên hiệp</b></li> <li>◆ Địa chỉ: <b>Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam (VCB) - 31 - 33 Ngô Quyền, Quận Hoàn Kiếm</b></li> <li>◆ Ghi rõ "<b>Tên bên mua bảo hiểm (không dấu) - Thanh toán phí BHSK – Mã sản phẩm "</b></li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Tài khoản Ngân hàng của đại lý</p> <p>Trường hợp (2) Đại lý cần gửi thông báo về việc giao dịch giữa khách hàng và đại lý cho Công ty Bảo hiểm trong vòng 10 ngày làm việc</p> | <p><b>Đóng phí bằng tiền mặt qua</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nộp tiền Tại Văn phòng UIC</p> <p><input type="checkbox"/> Nộp tiền Cho Đại lý</p> <p>Trường hợp (2) Đại lý cần gửi bản chụp/scan phiếu thu thể hiện việc giao dịch giữa khách hàng và đại lý cho Công ty Bảo hiểm trong vòng 10 ngày làm việc</p> |
|--|---|

**PHẦN KÊ KHAI SỨC KHỎE**

| Câu hỏi áp dụng cho   | NĐBH Chính<br>Có Không                            | NĐBHBS 1<br>Có Không                              | NĐBHBS 2<br>Có Không                              | NĐBHBS 3<br>Có Không                              | NĐBHBS 4<br>Có Không                              | NĐBHBS 5<br>Có Không                              |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Bạn có bị dị tật nào không? Bẩm sinh hay mắc phải sau này  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Bạn có bị tai nạn bao giờ không? Sau đó có để lại thương tật không?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Bạn có mắc phải bệnh nào trong các bệnh dưới đây không?  |   |   |   |   |   |   |
| a) Bệnh viêm gan lách   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b) Nhiễm siêu vi viêm gan B,C   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c) Bệnh lao   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d) Bệnh hoa liễu (lậu giang mai, nhiễm HIV, bị AIDS, hoặc những bệnh liên quan đến AIDS   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| e) Ung thư  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| f) Động kinh co giật  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| g) Bệnh thần kinh (Parkinson, Alzheimer, bại não...)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| h) Bệnh máu não (tai biến mạch máu não, thiếu máu não...)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| i) Bướu cổ, cường giáp, suy thận  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| j) Bệnh LUPUS ban đỏ  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| k) Bệnh tim   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| l) Cao huyết áp   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| m) Bệnh về máu (thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu...)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| n) Bệnh về khớp (viêm khớp, sốt thấp khớp, Gout)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| o) Bệnh về cơ xương (teo cơ, nhược cơ)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| p) Bệnh thận (suy thận, sỏi thận, thận mỡ)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| q) Bệnh tâm thần  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| r) Bệnh hen (suyễn)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| s) Các bệnh khác nếu có?<br>- Tên bệnh<br>- Thời điểm mắc bệnh  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau. Bạn có :   |   |   |   |   |   |   |
| a) <b>Đang trong thời gian nằm viện vào thời điểm tham gia đơn không?</b>   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b) Bị vàng da không?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c) Nhức đầu kèm theo ói mửa, nhìn một thành hai hình không?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d) Bị ù tai, lờn tai không?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| e) Bị khó thở không? Khi hít vào hay thở ra   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| f) Bị phù không?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| g) Bị phẫu thuật (tim, bụng, vú, hay các nơi khác trên cơ thể)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| h) Bị nuốt khó, nuốt nghẹn hoặc khó phát âm không?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| i) Bị ho ra máu không? Ho kéo dài trên hai tháng không?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| j) Bị nôn ra máu, đi tiểu ra máu không? Xuất huyết bất thường hậu môn không?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| k) Bị chảy máu cam hay xuất huyết dưới da không?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Trong vòng 6 tháng vừa qua bạn có phải điều trị bởi bác sỹ nào không?<br>Nếu có, xin cho biết chi tiết<br>- Lúc nào<br>- Lý do<br>- Dùng thuốc gì            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Trong vòng 5 năm vừa qua, bạn có điều trị nội trú hay ngoại trú tại bệnh viện/trung tâm y khoa nào?<br>Nếu có, xin cho biết chi tiết<br>- Lúc nào<br>- Lý do | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |



| Câu hỏi áp dụng cho  | NĐBH Chính<br>Có Không                            | NĐBHBS 1<br>Có Không                              | NĐBHBS 2<br>Có Không                              | NĐBHBS 3<br>Có Không                              | NĐBHBS 4<br>Có Không                              | NĐBHBS 5<br>Có Không                              |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 7. Bạn đã từng được thực hiện xét nghiệm nào không? (Siêu âm, điện tim, thử nước tiểu, thử máu, chụp X quang, chụp cắt lớp (CT), nội soi, sinh thiết...)   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Bạn đã từng tham gia bảo hiểm sức khỏe của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ nào, kể cả UIC không?<br>Nếu có vui lòng cho biết<br>- Tên Công ty<br>- Số tiền bảo hiểm<br>- Bồi thường   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Câu hỏi dành cho NỮ<br>a) Bạn đã sinh mấy lần?<br>b) Số con hiện có<br>c) Bạn có đang mang thai không?<br>d) Bạn có bị xuất huyết bất thường ở âm đạo không?<br>e) Bạn có làm xét nghiệm Pap's, siêu âm tuyến vú, nhũ ảnh không?<br>f) Bạn có bao giờ có thai kèm biến chứng không?(mổ lấy thai, băng huyết sau sinh, hư thai liên tiếp hoặc sinh non...) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Câu hỏi dành cho trẻ em (dưới 15 tuổi)<br>a) Sinh có sự hỗ trợ như: hút, mổ, kèm không?<br>b) Có sinh trước 38 tuần không?<br>c) Có bất thường về phát triển tâm thần không? Có bị hội chứng down không?<br>d) Xương/hệ cơ xương có bình thường?<br>e) Có anh/chị/em song sinh không?<br>f) Tình trạng của anh /chị/em song sinh có bất thường không?    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**CHI TIẾT VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TRONG TRƯỜNG HỢP TỬ VONG/THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN  
(Không yêu cầu điền nếu quý khách không tham gia các quyền lợi tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn)**

| STT | Họ và tên | Giới tính | Quan hệ với<br>bên mua bảo<br>hiểm | Số<br>CMND/Khai<br>sinh | Ngày sinh | Quốc tịch | Tình trạng<br>gia đình | Địa chỉ | Tỷ lệ %<br>được<br>hưởng |
|-----|-----------|-----------|------------------------------------|-------------------------|-----------|-----------|------------------------|---------|--------------------------|
|     |           |           |                                    |                         |           |           |                        |         |                          |
|     |           |           |                                    |                         |           |           |                        |         |                          |
|     |           |           |                                    |                         |           |           |                        |         |                          |

**XÁC NHẬN/CAM KẾT CỦA  
BÊN YÊU CẦU THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM**

Tôi/ chúng tôi sau đây gọi ủy quyền cho Bên thu xếp hợp đồng bảo hiểm với thông tin như đã đề cập ở trang 1 của hồ sơ yêu cầu này được thay mặt cho tôi/chúng tôi tiến hành thu xếp hợp đồng bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm mà tôi đã đăng kí ở trên đây. Đồng thời tôi/ chúng tôi xin cam kết:

- Tôi hiểu rằng bất kỳ việc che giấu sự thật, dù là cố tình hay vô ý đều có thể là cơ sở để Công ty Bảo hiểm đưa ra quyết định hủy hợp đồng bảo hiểm theo điều khoản hủy hợp đồng quy định trong Quy tắc / từ chối chi trả bất kì quyền lợi mà lẽ ra có thể được chi trả và đồng ý rằng mẩu thông tin và kê khai này sẽ làm cơ sở để xác lập hợp đồng giữa tôi và Công ty Bảo hiểm và sẽ được thể hiện trong hợp đồng đó
- 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.
- Tôi đã được đại lý/nhân viên công ty bảo hiểm tư vấn và đã hiểu rõ về thời gian chờ trong năm đầu tiên của hợp đồng bảo hiểm
- Tôi hiểu rằng tôi có thể tìm kiếm sự tư vấn từ công ty bảo hiểm hoặc đại lý bảo hiểm trước khi hoàn thành bản kê khai này và sẽ chịu trách nhiệm kiểm tra sản phẩm này có phù hợp với nhu cầu tài chính và mục đích bảo hiểm của tôi.

Ký/ghi rõ họ tên

**XÁC NHẬN/CAM KẾT CỦA  
BÊN THU XẾP HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM**

Ký/ghi rõ họ tên