


HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ



Họ và tên Đại lý:		
Mã số Đại lý:	Điện thoại liên lạc:	
Họ và tên Đại lý:		
Mã số Đại lý:	Điện thoại liên lạc:	
Ngày	Tháng	Năm

Hồ sơ số: 
15
Phiếu thu kỳ phí đầu tiên:
Số: _____
Ngày: _____

A. PHẦN DÀNH CHO BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH) (Vui lòng điền bằng chữ in hoa)

Họ và tên theo CMND/ Hộ chiếu:	
Tên thường gọi:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
CMND/ Hộ chiếu số:	Ngày / Tháng/ Năm sinh:
Quốc tịch:	Quốc tịch khác (nếu có):
Dân tộc:	Quốc gia nơi sinh:
Tình trạng gia đình: <input type="checkbox"/> Độc thân	<input type="checkbox"/> Đã lập gia đình
Trình độ học vấn: <input type="checkbox"/> Trên Đại Học <input type="checkbox"/> Đại Học/ Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Trung Học Phổ Thông <input type="checkbox"/> Khác	
Tên cơ quan:	Địa chỉ:
Nghề nghiệp:	Nhóm nghề nghiệp:
Công việc cụ thể:	Thu nhập bình quân (đồng/ tháng):
Loại nghề nghiệp: <input type="checkbox"/> Công an, Lực lượng vũ trang	<input type="checkbox"/> Nhân viên cơ quan, doanh nghiệp Nhà nước <input type="checkbox"/> Khác
Hiện tại Quý khách có khai báo thuế tại Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:	Phường/ Xã:
Quận/ Huyện:	Tỉnh/ Thành phố: Quốc gia:

Địa chỉ liên hệ của BMBH (nếu khác địa chỉ thường trú) (Prudential chỉ liên hệ theo địa chỉ tại Việt Nam)

Việt Nam	Số nhà, Đường:	Phường/ Xã:
	Quận/ Huyện:	Tỉnh/ Thành phố:
Nước Ngoài	Địa chỉ:	
	Thành phố:	Quốc gia:
Email:		
Điện thoại di động:	Mã quốc gia:	
Điện thoại cố định:	Mã quốc gia:	

Tôi đồng ý cho Công ty TNHH BHNT Prudential Việt Nam (được gọi dưới đây là "Prudential" hoặc "Công ty") cung cấp hợp đồng bảo hiểm và các thông tin liên quan dưới dạng văn bản máy tính qua thư điện tử cá nhân nêu trên và lưu trữ bản sao đối chiếu tại tài khoản của tôi trên cổng thông tin khách hàng trực tuyến của Công ty. Tôi đồng ý thêm về việc nhận các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm qua số điện thoại di động nêu trên.

Tôi đồng ý rằng việc chuyển thông tin như vậy đã được xem là gửi đúng và đầy đủ ngay khi Prudential gửi đi. Tất cả các quyền và điều kiện, điều khoản bảo hiểm của tôi đều sẽ bắt đầu có hiệu lực tính từ thời điểm gửi đi này (Vui lòng ký tên để xác nhận): _____

Thu nhập hàng tháng của cả gia đình (đồng/ tháng)

<input type="checkbox"/> Dưới 2.5 triệu	<input type="checkbox"/> Từ 2.5 triệu đến dưới 4.5 triệu	<input type="checkbox"/> Từ 4.5 triệu đến dưới 7.5 triệu
<input type="checkbox"/> Từ 7.5 triệu đến dưới 15 triệu	<input type="checkbox"/> Từ 15 triệu trở lên (xin ghi thu nhập cụ thể)	_____ đồng



Hồ sơ số: **15**



B. PHẦN DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH (NĐBH chính) (Vui lòng điền bằng chữ in hoa)

<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô này nếu NĐBH chính cũng là BMBH			
Họ và tên theo CMND/ Khai sinh:			
Tên thường gọi:		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
CMND/ Hộ chiếu/ Khai sinh số:		Ngày / Tháng/ Năm sinh:	
Quốc tịch:	Quốc tịch khác (nếu có):	Quan hệ với BMBH:	
Dân tộc:		Quốc gia nơi sinh:	
Tình trạng gia đình: <input type="checkbox"/> Độc thân		<input type="checkbox"/> Đã lập gia đình	
Trình độ học vấn: <input type="checkbox"/> Trên Đại Học <input type="checkbox"/> Đại Học/ Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Trung Học Phổ Thông <input type="checkbox"/> Khác			
Tên cơ quan:		Địa chỉ:	
Nghề nghiệp:		Nhóm nghề nghiệp:	
Công việc cụ thể:		Thu nhập bình quân (đồng/ tháng):	
Loại nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> Công an, Lực lượng vũ trang	<input type="checkbox"/> Nhân viên cơ quan, doanh nghiệp Nhà nước	<input type="checkbox"/> Khác
Học Lớp:	Trường:	(Nếu là trẻ em)	

Hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:		Phường/ Xã:	
Quận/ Huyện:		Tỉnh/ Thành phố:	Quốc gia:
Email:			
Điện thoại di động:		Mã quốc gia:	
Điện thoại cố định:		Mã quốc gia:	

C. PHẦN DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 1 (NĐBHBS1) (Vui lòng điền bằng chữ in hoa)

<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào ô này nếu NĐBHBS1 cũng là BMBH			
Họ và tên theo CMND/ Khai sinh:			
Tên thường gọi:		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
CMND/ Hộ chiếu/ Khai sinh số:		Ngày / Tháng/ Năm sinh:	
Quốc tịch:	Quốc tịch khác (nếu có):	Quan hệ với BMBH:	
Dân tộc:		Quốc gia nơi sinh:	
Tình trạng gia đình: <input type="checkbox"/> Độc thân		<input type="checkbox"/> Đã lập gia đình	
Trình độ học vấn: <input type="checkbox"/> Trên Đại Học <input type="checkbox"/> Đại Học/ Cao Đẳng <input type="checkbox"/> Trung Học Phổ Thông <input type="checkbox"/> Khác			
Tên cơ quan:		Địa chỉ:	
Nghề nghiệp:		Nhóm nghề nghiệp:	
Công việc cụ thể:		Thu nhập bình quân (đồng/ tháng):	
Loại nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> Công an, Lực lượng vũ trang	<input type="checkbox"/> Nhân viên cơ quan, doanh nghiệp Nhà nước	<input type="checkbox"/> Khác
Học Lớp:	Trường:	(Nếu là trẻ em)	

Hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:		Phường/ Xã:	
Quận/ Huyện:		Tỉnh/ Thành phố:	Quốc gia:
Email:			
Điện thoại di động:		Mã quốc gia:	
Điện thoại cố định:		Mã quốc gia:	

Đề nghị không tẩy xóa khi điền hồ sơ



Hồ sơ số:

15**D. CHI TIẾT VỀ SẢN PHẨM BẢO HIỂM****1. Sản phẩm bảo hiểm chính****Số tiền bảo hiểm** đồng**Thời hạn hợp đồng** năm**2. Danh mục các quỹ đầu tư (Chỉ dành cho Sản phẩm Bảo hiểm Liên kết Đơn vị)**

Quỹ PRUlink Cổ Phiếu Việt Nam	UEQ1	<input type="text"/> %	Quỹ PRUlink Bền Vững	USB1	<input type="text"/> %
Quỹ PRUlink Tăng Trưởng	UGR1	<input type="text"/> %	Quỹ PRUlink Trái Phiếu Việt Nam	UFI1	<input type="text"/> %
Quỹ PRUlink Cân Bằng	UBL1	<input type="text"/> %	Quỹ PRUlink Bảo Toàn	UPS1	<input type="text"/> %

*(Lưu ý: Tổng tỷ lệ các quỹ phải bằng 100%)***3. Định kỳ đóng phí**Hàng năm Hàng 6 tháng Hàng quý Hàng tháng Đơn kỳ **4. Tổng phí bảo hiểm trả theo kỳ** đồng**5. Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ**

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ	NDBH chính		NDBHBS1	
	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)
01.				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				
09.				
10.				

Đề nghị không tẩy xóa khi điền hồ sơ



E. THÔNG TIN SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

CÂU HỎI SỨC KHỎE	Họ và tên		Họ và tên	
	Có	Không	Có	Không
1. Chiều cao; Cân nặng?	cm	kg	cm	kg
2. NĐBH có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng gần đây không? Nếu có, vui lòng cho biết số điếu hút bình quân/ ngày.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	điếu/ ngày		điếu/ ngày	
3. NĐBH có bị dị tật nào bẩm sinh hay mắc phải không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NĐBH có bao giờ bị tai nạn không? Sau đó có để lại thương tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. NĐBH đã từng có bất cứ triệu chứng hoặc bệnh nào dưới đây không? Nếu có, vui lòng gạch dưới tên bệnh/ triệu chứng đó và mô tả chi tiết trong câu 16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Bệnh thần kinh (Parkinson, Alzheimer, bại não...), động kinh, co giật, bệnh mạch máu não (tai biến mạch máu não, thiếu máu não...), bệnh tâm thần, nhức đầu kéo dài hay tái phát hoặc kèm ói mửa, nhìn một hình thành hai hình?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bệnh đái tháo đường (tiểu đường), bấu cổ, cường giáp, suy giáp hoặc các bệnh nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bị ù tai, lảng tai, nuốt khó, nuốt nghẹn, khó phát âm, đổi giọng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bệnh lao, bệnh suyễn (hen), bị khó thở, bị ho ra máu hoặc ho kéo dài trên hai tháng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tăng huyết áp, tăng mỡ máu, bệnh thiếu máu cơ tim, cơn đau thắt ngực, bệnh tim, tổn thương van tim, những bệnh hay bất cứ rối loạn nào của tim, mạch máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Viêm dạ dày, loét dạ dày, nôn (ói) ra máu, đi tiêu ra máu, xuất huyết bất thường ở hậu môn hoặc các rối loạn về tiêu hóa khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bệnh gan lách (viêm gan, xơ gan, lách...), nhiễm siêu vi viêm gan B, C, vàng da, sỏi túi mật, sỏi đường mật?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bệnh thận (suy thận, sỏi thận, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, ...), sỏi hệ tiết niệu, bị phù, tiểu ra máu, tiểu buốt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ung thư hoặc u bướu, nang, hạch ở cổ, ở nách, ở háng, ở vú hay ở các nơi khác trên cơ thể?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bệnh hoa liễu (lậu, giang mai...), nhiễm HIV, bị AIDS, hoặc những bệnh liên quan đến AIDS, bị vết thương khó lành hoặc tiêu chảy kéo dài trên một tuần?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Bệnh về máu (thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu,...), bị chảy máu cam hay xuất huyết dưới da. Bị truyền máu không? Nếu có, vui lòng ghi rõ khi nào và vào dịp nào, tại bệnh viện nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Bệnh về khớp (viêm khớp, thấp khớp, Gout,...), bệnh về cơ xương (teo cơ, nhược cơ,...), bệnh Lupus ban đỏ (SLE), đau lưng, đau khớp xương?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đề nghị không tẩy xóa khi điền hồ sơ



Đề nghị không tẩy xóa khi điền hồ sơ

CÂU HỎI SỨC KHỎE	Có	Không	Có	Không
m. 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"/>
n. Giảm cân trong vòng 3 tháng gần đây? Số cân (kg) giảm? Lý do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kg		kg	
o. Các bệnh khác nếu có (vui lòng ghi rõ bệnh gì, thời điểm mắc bệnh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trong vòng 6 tháng vừa qua, NĐBH có phải điều trị bởi một bác sĩ nào không? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết: lúc nào, lý do, dùng thuốc gì?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trong vòng 5 năm vừa qua, NĐBH có phải điều trị nội hoặc ngoại trú tại bệnh viện hoặc trung tâm y khoa nào? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết: lúc nào, tên bệnh viện, lý do, bao lâu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. NĐBH 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,...) Vui lòng ghi rõ loại xét nghiệm đã làm, kết quả, lý do và thời điểm thực hiện xét nghiệm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kết quả		Kết quả	
	Bình thường		Bình thường	
	Bất thường		Bất thường	
9. a. NĐBH đã/ đang có sử dụng ma túy và/ hoặc các chất gây nghiện không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. NĐBH có uống rượu/ bia không? Trung bình trong 1 tuần NĐBH sử dụng bao nhiêu đơn vị cồn? (Đơn vị cồn/ tuần) <i>1 đơn vị cồn = 1 lon bia 330ml = 1 chén rượu (≈ 40°, 30ml)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0		0	
	1 - 20		1 - 20	
	> 20		> 20	
10. NĐBH có tham gia hoặc định tham gia vào những môn thể thao nguy hiểm không? (lặn, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. NĐBH có đang hoặc dự định (trong vòng 6 tháng) đi nước ngoài không? Quốc gia nào? Mục đích chuyến đi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trong gia đình NĐBH có ai bị bệnh hoặc chết vì tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh tâm thần, ung thư... không? Vui lòng ghi rõ tuổi cha, mẹ, anh/ chị em hiện tại hoặc lúc qua đời.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tuổi		tuổi	
13. Ngoài hồ sơ này, NĐBH đã hoặc đang yêu cầu mua/ được bảo hiểm nhân thọ của công ty bảo hiểm nhân thọ nào, kể cả Prudential hay không? Nếu có, vui lòng ghi tên công ty, số hồ sơ. Trong các hồ sơ này, có hồ sơ nào bị tăng phí, loại trừ, từ chối, tạm hoãn hoặc đã/ đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không? Nếu có, vui lòng ghi rõ lý do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Câu hỏi dành cho TRẺ EM (dưới 15 tuổi):				
a. Cân nặng lúc sinh?	kg		kg	
b. Có bất thường về phát triển tâm thần không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Có anh/ chị/ em song sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cân nặng lúc sinh của anh/ chị/ em song sinh?	kg		kg	
e. Tình trạng sức khỏe của anh/ chị/ em song sinh có bất thường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hồ sơ số:

15

**G. CHI TIẾT NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

STT	Họ và tên	Giới tính	Quan hệ với NĐBH	Số CMND/ khai sinh	Ngày, Tháng, Năm sinh	Quốc tịch	Địa chỉ	% Thụ hưởng
1								
2								
3								
4								

*(Lưu ý: Tổng % thụ hưởng phải bằng 100%)***H. CAM KẾT** (Vui lòng đọc thật kỹ nội dung trước khi ký tên)

- Chúng tôi (bao gồm Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm) cam kết đã kê khai đầy đủ, đúng sự thật về các thông tin trong HSYCBH này và những thông tin khác theo yêu cầu của Công ty hoặc bác sĩ của Công ty.

Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc thẩm định sức khỏe không phải là nghĩa vụ bắt buộc của Công ty và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe. Việc thẩm định sức khỏe không thay thế cho trách nhiệm kê khai thông tin đầy đủ và trung thực của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm. Chúng tôi đồng ý rằng nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm kê khai không trung thực hoặc không đầy đủ những thông tin trong HSYCBH này, Prudential sẽ không có nghĩa vụ giải quyết bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào.

Chúng tôi chấp thuận cho Công ty tiến hành thu thập những thông tin về sức khỏe 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 chúng tôi hoặc thu thập những thông tin có liên quan đến chúng tôi từ bất cứ cơ quan chính quyền, công ty bảo hiểm, tổ chức hoặc cá nhân nào khác mà không cần phải được chúng tôi cho phép bằng một văn bản khác. Các cơ quan y tế, bệnh viện, bác sĩ, (các) 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 về chúng tôi, bao gồm cả những thông tin, tài liệu về sức khỏe, điều kiện y tế liên quan đến chúng tôi.

- Chúng tôi đồng ý rằng các thông tin và số liệu do chúng tôi cung cấp trong HSYCBH hoặc liên quan đến hợp đồng bảo hiểm có thể được Công ty và các thành viên trong cùng Tập đoàn Prudential, các đối tác của Prudential sử dụng 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 chúng tôi cho phép trước. Ngoài ra, 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.
- Ngoài ra, chúng tôi cam kết rằng trong quá trình hoàn tất HSYCBH, kể cả việc trả lời các câu hỏi theo mẫu cũng như trong quá trình được tư vấn để hoàn chỉnh HSYCBH:
 - Chúng tôi đã và chỉ cung cấp cho Đại lý của Công ty những thông tin như đã nêu trong HSYCBH này.
 - Chúng tôi 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 chúng tôi khi Công ty thẩm định hồ sơ này.
- Chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký HSYCBH này được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.



Hồ sơ số:

15



5. Bằng cách ký kết văn bản này, chúng tôi đồng ý 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. Đồng thời, chúng tôi cũng đồng ý sẽ 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.

Chúng tôi đồng ý cho phép Công ty cung cấp cho cơ quan thuế Hoa Kỳ (i) thông tin cá nhân của chúng 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 chúng tôi là người chịu thuế hoặc trở thành người chịu thuế tại Hoa Kỳ như được định nghĩa theo luật thuế Hoa Kỳ.

"Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này được xem là một bộ phận của hợp đồng bảo hiểm khi yêu cầu bảo hiểm được Prudential chấp thuận"

Chúng tôi xác nhận rằng chúng tôi đã đọc và được nghe Đại lý giải thích toàn bộ những câu hỏi, lời khai trong hồ sơ này, quyền lợi bảo hiểm, bảo hiểm tạm thời và xác nhận rằng những thông tin này là hoàn toàn đầy đủ, chính xác và phù hợp với nhu cầu bảo hiểm của chúng tôi. Người được bảo hiểm xác nhận đã đồng ý cho Bên mua bảo hiểm đứng tên mua bảo hiểm cho mình.

Đề nghị không tẩy xóa khi điền hồ sơ

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Họ và tên:

Chữ ký Người được bảo hiểm chính

Họ và tên:

Chữ ký Người được bảo hiểm bổ sung 1

Họ và tên:

Ghi chú:

1. Trong trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em, Người giám hộ hợp pháp sẽ ký thay
2. Vui lòng ghi rõ họ và tên bằng chữ thường

I. CAM KẾT CỦA ĐẠI LÝ

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

(Vui lòng ghi rõ họ và tên bằng chữ thường)

Họ và tên: