

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ



Tổ chức tín dụng:

Mã Chi nhánh:

Ngày điền hồ sơ:

Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ cá nhân này phải được Ngân hàng/ Tổ chức tín dụng gửi về Prudential trong vòng 30 ngày tính từ ngày Người được bảo hiểm điền hồ sơ. Nếu quá 30 ngày quy định như trên, Prudential không chịu trách nhiệm bảo hiểm nhân thọ cho cá nhân liên quan.

Đại lý bảo hiểm hướng dẫn Người được bảo hiểm điền đầy đủ các thông tin dưới đây:

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

Họ và tên:

Nam Nữ Ngày sinh: CMND / Hộ chiếu số:

THÔNG TIN LOẠI HÌNH TIỀN GỬI VÀ SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Loại hình tiền gửi:

Tiết kiệm thông thường

Số tiền gửi ban đầu

Loại hình tiền gửi:

Tiết kiệm tích lũy định kỳ

Mục tiêu tiết kiệm ban đầu

Hệ số tính Số tiền bảo hiểm:

Định kỳ Hàng tháng Hàng quý

Thời hạn gửi (tháng):

Đóng phí: Hàng nửa năm Hàng năm

Số tiền bảo hiểm:

Không đổi **Tên sản phẩm: PHÚ-AN TÂM TÍCH LỘC**

Giảm dần Quyền lợi cơ bản

Quyền lợi nâng

PHÂN TÍCH NHU CẦU

1. Hợp đồng bảo hiểm này có đáp ứng được nhu cầu của Quý khách về bảo vệ tài chính cho gia đình trước rủi ro? (Có/ Không)	2. Nếu Quý khách dự định tiết kiệm cho tương lai với hợp đồng bảo hiểm này, mục tiêu chính của việc tiết kiệm này là gì? <input type="checkbox"/> Quỹ học vấn cho con <input type="checkbox"/> Quỹ hưu trí <input type="checkbox"/> Mục tiêu khác:	3. Số tiền bảo hiểm và thời hạn hợp đồng (tính theo năm) của hợp đồng bảo hiểm này có phù hợp, giúp Quý khách thực hiện được các mục tiêu trên hay không? (Có/ Không)	4. Quý khách có đủ khả năng tài chính để đóng phí bảo hiểm cho hợp đồng bảo hiểm này hay không? (Có/ Không)
---	--	---	---



CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (xin vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp) Có Không

	Có	Không
1. Bạn 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 xin 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;• 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn có bao giờ sử dụng ma túy và / hoặc các chất gây nghiện không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bạn có phải nằm viện và / hoặc phẫu thuật trong vòng 05 (năm) năm gần đây không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bạn có tham gia các hoạt động nguy hiểm sau đây không? Nếu có xin vui lòng đánh dấu vào hoạt động liên quan. <ul style="list-style-type: none">• Lặn;• Đua xe;• Leo núi;• Nhảy dù;• Săn bắn; Nghề nghiệp của bạn có liên quan đến các công việc sau đây không? Nếu có xin vui lòng đánh dấu vào công việc liên quan. <ul style="list-style-type: none">• Các hoạt động ngành hàng không (không phải với tư cách là hành khách trên các chuyến bay dân dụng);• Có sử dụng chất nổ / đạn dược;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<ul style="list-style-type: none">• 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;• Vận tải đường biển. <p>5. Bạn 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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Xin 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. Bạn có phải nằm viện và / hoặc phẫu thuật trong vòng 05 (năm) năm gần đây không? Nếu CÓ xin cho biết chi tiết:</p> <p>a. Bạn đã nhập viện vào ngày / tháng / năm nào? Xin cho biết tên bác sĩ / tên bệnh viện mà bạn đã điều trị.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>b. Các triệu chứng nào khiến bạn phải nhập viện? Các triệu chứng này lần đầu tiên xuất hiện khi nào?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>c. Bạn đã được xuất viện vào ngày / tháng / năm nào? Chẩn đoán của bác sĩ khi ra viện là gì?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>d. Bạn 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 xin bạn cho biết chi tiết về quá trình điều trị.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>e. Xin bạn vui lòng cung cấp giấy ra viện, các kết quả xét nghiệm và các giấy tờ liên quan đến các lần nhập viện trên.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5. Bạn 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 xin cho biết các chi tiết sau đây:</p>



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"/>

Mã Chi nhánh: Số CMND / Hộ chiếu của Người được bảo hiểm

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc (những) Người thụ hưởng có tên dưới đây theo thứ tự ưu tiên như được quy định cụ thể tại Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm.

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							

CAM KẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tôi cam kết và đồng ý rằng:

- (1) Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ chỉ bắt đầu có hiệu lực khi Prudential chấp nhận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này bằng việc cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm nhân thọ;
- (2) những thông tin trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này đều được khai báo đầy đủ, đúng sự thật; không có sự việc nào bị che giấu và là cơ sở để tôi được bảo hiểm;
- (3) Prudential sẽ không phải chịu trách nhiệm chi trả bồi thường bảo hiểm nếu thông tin được cung cấp không đầy đủ, không trung thực mà nếu biết được các thông tin này, Prudential đã không chấp nhận bảo hiểm;
- (4) sẽ thông báo với Prudential nếu có thay đổi về tuổi trên CMND của tôi. Tôi đồng ý không có khiếu nại nếu việc tôi không thông báo (cung cấp và cập nhật tuổi đúng để làm cơ sở xác định đủ điều kiện trong độ tuổi được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này) dẫn đến việc Prudential có quyền từ chối chi trả bồi thường bảo hiểm;
- (5) tất cả thông tin về cá nhân tôi do tôi cung cấp trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này và / hoặc trong hồ sơ của Tổ chức tín dụng và / hoặc do Prudential thu thập được từ các nguồn khác sẽ được Prudential toàn quyền sử dụng và chuyển giao cho bất kỳ công ty / tổ chức / các bên có liên quan (trong hay ngoài nước Việt Nam, bao gồm các công ty tái bảo hiểm và các công ty điều tra về bảo hiểm và các tổ chức, hiệp hội bảo hiểm) nhằm mục đích thẩm định hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này hoặc thẩm định hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc cập nhật thông tin cho khách hàng. Tôi được quyền truy cập và yêu cầu Prudential điều chỉnh đúng thông tin cá nhân của tôi.

Tôi đồng ý ủy quyền:

- (1) để bất kỳ cơ sở y tế, bệnh viện, bác sĩ đã khám và điều trị cho tôi hay bất kỳ công ty bảo hiểm, tổ chức, cá nhân liên quan khác cung cấp những thông tin sức khỏe và thông tin về cá nhân tôi cho Prudential nhằm mục đích thẩm định hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này hay hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau này. Bản sao của sự ủy quyền này sẽ có giá trị như bản gốc;



(2) để Prudential hay bất kỳ nhân viên / tổ chức y tế nào do Prudential chỉ định, thay mặt cho Prudential, thu thập những thông tin sức khỏe và thông tin về cá nhân tôi nhằm mục đích thẩm định hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này hay hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau này. Bản sao của sự ủy quyền này sẽ có giá trị như bản gốc;

(3) để Prudential hay bất kỳ nhân viên / tổ chức y tế nào do Prudential chỉ định, thực hiện việc khám sức khỏe và làm các xét nghiệm y khoa cần thiết nhằm mục đích thẩm định hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này.

Tôi đồng ý rằng quyền lợi bảo hiểm của tôi là Số tiền bảo hiểm tính tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm, được chi trả theo quy định tại Thông tin Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm nêu trên.

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 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 BÊN MUA BẢO HIỂM
(xin vui lòng ký ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

Ngày:

PHẦN DÀNH CHO 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 thuận bảo hiểm của Công ty đối với khách hàng.

Tôi cũng cam kết rằng tôi đã gặp trực tiếp Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm để phân tích nhu cầu, 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 Quy tắc, Điều khoản hợp đồng bảo hiểm của Prudential 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
(xin vui lòng ký ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

Ngày:

30101021