**PHỤ LỤC 07: HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM**

**(Đình kèm Hợp đồng nguyên tắc mua bảo hiểm nhân thọ cho cán bộ, nhân viên của Công ty……. số: ……….)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Họ và tên Chuyên viên tư vấn bảo hiểm: |  | Mã số: |
|  |  |  |

1. **THÔNG TIN BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)**

Tên Bên mua bảo hiểm: *(chữ in hoa)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Số Giấy phép hoạt động: | | |  | | | | | |
| Ngày cấp: |  | | | Nơi cấp: | |  | | |
| Địa chỉ: |  | | | | | | | |
| Điện thoại: | |  | | | | | Fax: |  |
| Người đại diện theo pháp luật: | | | | |  | | | |
| Chức vụ: |  | | | | | | | |

1. **THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)**

Họ và tên Người được bảo hiểm: *(chữ in hoa)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Giới tính: | |  | Nam |  | | Nữ | | | Tình trạng hôn nhân: | | | | | | |  | | Chưa lập gia đình | | | | | | | |  | |  | | | Đã lập gia đình | | | | | |
|  | |  |  |  | |  | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | |  | | | | | |
|  | |  |  |  | |  | | |  | | | | | | |  | | Ly dị | | | | | | | |  | |  | | | Khác: | |  | | | |
|  | |  |  |  | |  | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | | | |
| Loại giấy tờ tùy thân: | | | |  | | Chứng minh nhân dân | | | | | | | | | |  | | Hộ chiếu | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | Giấy tờ khác, vui lòng ghi rõ: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Số giấy tờ tùy thân: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ngày cấp: | | | | Nơi cấp: | | | | | | | | | | | | | Ngày sinh: | | | | | | | | (các) Quốc tịch: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Nghề nghiệp: | | | | | | | | | | Nơi làm việc: | | | | | | | | | Mô tả công việc hàng ngày: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm: Người lao động | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mã số nhân viên | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Địa chỉ liên lạc: | | | | | | | | | | | | |  | Địa chỉ thường trú: *(địa chỉ đăng ký hộ khẩu)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(Vui lòng ghi rõ Số nhà, Đường phố (xóm), Phường/Xã, Quận/Huyện, Thành phố/Tỉnh)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Số điện thoại nhà: | | | | Số điện thoại di động: | | | | | | | | | Email: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tôi đồng ý cho phép Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ MB Ageas (MB Ageas Life) được liên lạc cho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mục đích cung cấp các dịch vụ chương trình tiếp thị khác qua các phương tiện sau: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  |  |
|  | Email & Điện thoại | | | | | |  | Email | | |  | Điện thoại | | | | | | | | |  | Không cho phép | | | | | | | | | | | | | |

**III. CHI TIẾT VỀ THÔNG TIN SẢN PHẨM BẢO HIỂM ĐƯỢC YÊU CẦU**

1. **Vui lòng lựa chọn sản phẩm phù hợp và điền thông tin vào các ô tương ứng**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên sản phẩm bảo hiểm** | **Số tiền bảo hiểm (đồng)** | | | **Thời hạn HĐBH (năm)** | | **Thời hạn đóng phí BH (năm)** | | **Định kỳ đóng phí** | | **Phí bảo hiểm định kỳ (đồng)** |
| 1. **Sản phẩm chính** |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | |  |
| 1. **Sản phẩm bổ trợ** |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | |  |
| ***Tổng phí bảo hiểm định kỳ (đồng)*** | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  |
| 1. **Lựa chọn dành cho sản phẩm Kiến Tạo Ước Mơ:** | | | | | | | | | | |
| ***- Quyền lợi bảo hiểm tử vong và Thương tật toàn bộ vĩnh viễn (TTTBVV):*** | | |  | | Quyền lợi cơ bản | |  | | Quyền lợi nâng cao | |
| ***- Phí bảo hiểm đóng thêm:*** | | đồng | | | | | | | | |

1. **THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG**

*(Do Người được bảo hiểm chỉ định để được hưởng Quyền lợi bảo hiểm thuộc Người được bảo hiểm theo chính sách của Bên mua bảo hiểm. Đồng thời, trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm có toàn quyền thay đổi Người thụ hưởng nêu tại mục này mà không cần có sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Giới tính** | **Ngày sinh** | **Loại Giấy tờ tùy thân** | **Số Giấy tờ tùy thân** | **Quan hệ với NĐBH** | **Tỷ lệ % được hưởng** | **(Các) Quốc tịch** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **THÔNG TIN SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vui lòng cung cấp thông tin sức khoẻ bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:** | | | | | **Có Không** |
| **Chi tiết về sức khỏe** | | | | | |
| **1.** | Chiều cao ......................................(cm)/ Cân nặng.......................................... (kg) | | | | |
| Quý Khách hàng có thay đổi về cân nặng trong một năm vừa qua không?  Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết: Tăng..........(kg); Giảm….…(kg)  Lý do:………………………………………………………………………………. | | | |  |
| **Câu hỏi về nghề nghiệp và dự định đi nước ngoài** | | | | | |
| **2.** | 1. Quý Khách hàng có tham gia vào hoạt động hoặc nghề nghiệp nào liên quan đến tốc độ cao, di chuyển bằng đường hàng không, di chuyển bằng đường biển mà không phải với tư cách là hành khách? | | | |  |
| 1. Quý khách hàng có tham gia hoặc có ý định tham gia vào một môn thể thao nguy hiểm? Ví dụ: lặn, leo núi, nhảy dù, hàng không cá nhân, đua, vv? Nếu có, vui lòng cung cấp chi tiết của các môn thể thao nguy hiểm: ............................................................................................................................................................................................................................................................ | | | |  |
| 1. Quý khách hàng hiện nay không có khả năng làm việc/đi học hay Quý Khách hàng đã từng phải nghỉ lao động/nghỉ học hơn 7 ngày liên tục trong suốt 5 năm qua vì lý do sức khỏe?   Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết:………………................................  ............................................................................................................................... | | | |  |
| 1. Quý Khách hàng có đang hoặc dự định (trong vòng 06 tháng) đi nước ngoài không?   Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết: Quốc gia:.......................................  Mục đích chuyến đi:............................................................................................. | | | |  |
| **Các thói quen sinh hoạt cá nhân** | | | | | |
| **3.** | Quý Khách hàng có hút thuốc không? | | | |  |
| Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết:   * Loại thuốc: ……………………………………………………………………… * Số lượng thuốc lá sử dụng hàng ngày: ……………….... (điếu/ ngày) * Số năm sử dụng thuốc lá tính đến hiện tại:………………(năm) | | | |  |
| **4.** | Quý Khách hàng có thói quen sử dụng thường xuyên đồ uống có cồn không? | | | |  |
| Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết:   * Loại đồ uống: ……………………………………………..…………………….. * Lượng sử dụng hàng tuần: ………………..(ml) * Số năm sử dụng đồ uống có cồn thường xuyên tính đến hiện tại:……… (năm) | | | |  |
| **5.** | Quý Khách hàng có đang sử dụng ma túy hoặc các chất gây nghiện không? | | | |  |
| **Thông tin về gia đình** | | | | | |
| **6.** | Cha mẹ và/hoặc anh chị em Quý Khách hàng đã từng hay đang mắc hay chết ở độ tuổi dưới 60 do bất kỳ các nguyên nhân sau hay không: đau tim, bệnh tiểu đường, đột quỵ, tăng huyết áp, tăng cholesterol, ung thư, bệnh đa xơ cứng, bệnh Alzheimer, bệnh Parkinson hay bất cứ căn bệnh di truyền nào khác không? | | | |  |
| **Thành viên gia đình** | **Mối quan hệ với NĐBH** | **Tuổi nếu còn sống/đã chết** | **Tình hình sức khỏe hoặc Nguyên nhân tử vong (nếu đã chết)** | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| **Lịch sử về sức khỏe và y tế** | | | | | |
| **7.** | Quý khách đã từng được chẩn đoán, được thông báo hoặc được điều trị về các chứng bệnh sau không? | | | | |
| 1. Đau ngực, loạn nhịp tim, đánh trống ngực, tăng huyết áp, huyết áp thấp, tiếng thổi tâm thu - tâm trương, đau tim, tăng huyết áp phổi hay các vấn đề về tim mạch? | | | |  |
| 1. Bệnh tiểu đường, rối loạn tuyến giáp hoặc bất kỳ rối loạn nội tiết tố? | | | |  |
| 1. Các vấn đề về mắt, tai, mũi, họng (như chảy dịch ở tai), đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, chảy máu mũi hoặc khuyết tật về nói, nghe, khiếm thị? | | | |  |
| 1. Suyễn, khạc ra máu, ho kéo dài không dứt và bất thường, viêm màng phổi, viêm phế quản, lao hoặc các vấn đề về đường hô hấp? | | | |  |
| 1. Thiếu máu, máu khó đông, bệnh thiếu máu hoặc bất kỳ rối loạn về công thức máu? | | | |  |
| 1. Xơ gan, viêm gan (bao gồm viêm gan siêu vi), vàng da, viêm loét dạ dày, thoát vị, khó tiêu mãn tính, bệnh túi mật (bao gồm nhiễm trùng túi mật hoặc sỏi mật), viêm tụy, chảy máu đường ruột, dạ dày, ruột, trực tràng, hoặc bất kỳ khác ở gan, đường mật hoặc bệnh hệ tiêu hóa? | | | |  |
| 1. Trong nước tiểu có albumin, máu, mủ hoặc đường, sỏi thận hoặc bất kỳ rối loạn khác của thận, bàng quang hoặc cơ quan sinh dục? | | | |  |
| 1. Đột quỵ, động kinh, liệt, tê, chóng mặt, nhức đầu kéo dài, mất thăng bằng hoặc các bệnh hệ thần kinh? | | | |  |
| 1. Ung thư hoặc khối u, u nang, u xơ hoặc tăng trưởng bất thường nào khác? | | | |  |
| 1. Viêm khớp, bệnh gút, chấn thương nặng, khuyết tật về thể chất hoặc rối loạn cơ xương? | | | |  |
| 1. Nghiện rượu, chất gây nghiện hoặc lạm dụng ma túy, trầm cảm, rối loạn tâm lý hoặc tâm thần? | | | |  |
| 1. Các bệnh qua đường tình dục (như bệnh lậu, giang mai, viêm niệu đạo), AIDS hoặc liên quan đến AIDS hoặc có liên quan đến nhiễm HIV? | | | |  |
| 1. Dị tật bẩm sinh và dị tật không bẩm sinh? | | | |  |
| **8.** | Hiện tại Quý khách có đang sử dụng bất cứ một loại thuốc nào không?  Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết  Theo đơn bác sỹ  Tự ý sử dụng | | | |  |
| **9.** | Trong vòng 5 năm qua, Quý Khách đã từng thực hiện hay được yêu cầu thực hiện các xét nghiệm nào không (bao gồm chụp X-quang, siêu âm, điện tim, thử máu, thử nước tiểu, nội soi, chụp CT, sinh thiết), tham khảo ý kiến của bác sĩ, bệnh viện hoặc phẫu thuật? (trừ bi cảm, cúm, kiểm tra sức khỏe lao động hoặc vì mục địch xuất nhập cảnh) | | | |  |
| **10.** | **Câu hỏi bổ sung đối với Người được bảo hiểm là phụ nữ:** | | | | |
| 1. Đã sinh mấy lần: .................................... (lần) | | | |  |
| 1. Số con hiện tại:....................................... (con) | | | |  |
| 1. Hiện tại có đang mang thai? Nếu có, đề nghị cung cấp:  * Ngày thấy kinh lần cuối (ngày/tháng/năm): …........ /............../................. * Ngày dự kiến sinh (ngày/tháng/năm): …............... /….........../ ................. | | | |  |
| 1. Quý khách hàng có bất kỳ rối loạn phụ khoa như lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng, u xơ tử cung, chảy máu bất thường, kinh nguyệt không đều, bất thường kết quả phết tế bào cổ tử cung, v.v? | | | |  |
| 1. Có xuất huyết bất thường ở âm đạo không? | | | |  |
| 1. Có xét nghiệm Pap’s, nhũ ảnh, siêu âm tuyến vú không?   Nếu có, cho biết chi tiết:................................................................................... | | | |  |
| 1. Có thai sản kèm biến chứng như mổ lấy thai, băng huyết sau sinh, hư thai liên tiếp, đẻ non không? | | | |  |
| **Các Thông tin về Hồ sơ và Hợp đồng Bảo hiểm Nhân thọ và bảo hiểm khác** | | | | | |
| **11.** | 1. Hiện tại Quý Khách hàng có Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, và Hợp đồng bảo hiểm đối với các loại hình bảo hiểm y tế, nằm viên, bệnh hiểm nghèo, tai nạn hay nhân thọ nào khác (trừ bảo hiểm y tế bắt buộc) không? | | | |  |
| 1. Quý Khách hàng đã có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nào về nhân thọ, tai nạn, thương tật, bệnh hiểm nghèo hay bảo hiểm y tế trước đây bị từ chối, tạm dừng hay được chấp thuận khác với điều kiện thông thường không?   Lý do: …………………………………………………………………………..  Vào năm: ………………………………………………………………………. | | | |  |
| 1. Quý Khách hàng đã từng yêu cầu đòi bồi thường về bất kỳ tai nạn, thương tật, hay bệnh hiểm nghèo theo bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm nào trước đây chưa? | | | |  |

*Nếu có bất kỳ một câu trả lời nào là* **CÓ** *trong các câu hỏi số 6 đến 10 trên đây, đề nghị Quý Khách hàng cung cấp cho MB Ageas Life những thông tin chi tiết, làm rõ tương ứng trong ô phía dưới, bao gồm các mô tả liên quan, các kết quả xét nghiệm chẩn đoán và/ hoặc điều trị., tình trạng, tên địa chỉ phòng khám. Điều này sẽ giúp chúng tôi xem xét điều kiện theo từng trường hợp cụ thể, và để quyết định hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Quý Khách hàng được chấp thuận bình thường hay cần phải có những điều chỉnh thích hợp.*

*Nếu NĐBH trả lời Có đối với câu hỏi 11 vui lòng cung cấp thông tin chi tiết:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NĐBH** | **Tên Công ty bảo hiểm/Số hợp đồng** | **Số tiền bảo hiểm** | **Nguyên nhân chấp thuận bảo hiểm có điều kiện, yêu cầu bồi thường** | **Ngày/tháng/năm** | **Tình trạng** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC**

NĐBH có thuộc trường hợp: Là công dân hoặc thường trú tại Hoa Kỳ; hoặc sinh tại Hoa Kỳ; hoặc có địa chỉ thường trú, địa chỉ hòm thư, địa chỉ liên lạc, gửi giữ thư tại Hoa Kỳ; hoặc có số điện thoại tại Hoa Kỳ; hoặc có Yêu cầu thanh toán từ một tài khoản này sang tài khoản khác ở Hoa Kỳ; hoặc có Giấy tờ ủy quyển hiện hành cho người có địa chỉ tại Hoa Kỳ hay không?

□ Có □ Không *Nếu Có, vui lòng cung cấp thông tin theo mẫu “Đơn kê khai thông tin nhằm tuân thủ FATCA”*

1. **CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM**

**Tôi/chúng tôi cam kết và đồng ý rằng:**

1. Hợp đồng bảo hiểm chỉ bắt đầu có hiệu lực khi MB Ageas Life chấp nhận Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm (HSYCBH) này bằng việc cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm;
2. Những thông tin trong HSYCBH này đều được khai báo đầy đủ, đúng sự thật theo như tôi từng được biết/theo hiểu biết của tôi; không có sự việc nào bị che giấu và là cơ sở để Tôi/Chúng tôi được bảo hiểm;
3. MB Ageas Life sẽ không phải chịu trách nhiệm chi trả bồi thường bảo hiểm nếu thông tin được cố ý cung cấp không đầy đủ, không trung thực mà nếu biết được các thông tin này, MB Ageas Life đã không chấp nhận bảo hiểm;
4. Sẽ thông báo với MB Ageas Life nếu có thay đổi về tuổi trên Giấy tờ tùy thân của Tôi/Chúng tôi.;
5. Tất cả các thông tin về cá nhân do Tôi/Chúng tôi cung cấp trong HSYCBH này và/ hoặc do MB Ageas Life thu thập được từ các nguồn khác sẽ được MB Ageas Life sử dụng và chuyển giao cho bất kỳ một 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 Việt Nam) nhằm mục đích thẩm định HSYCBH này hoặc thẩm định Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau này. Tôi/Chúng tôi được quyền truy vấn thông tin và yêu cầu MB Ageas Life điều chỉnh đúng thông tin cá nhân của Tôi/Chúng tôi.

**Tôi/Chúng tôi đồng ý ủy quyền:**

1. Để bất kỳ cơ sở y tế, bệnh viện, bác sỹ đã khám và điều trị cho Tôi/Chúng 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/Chúng tôi cho MB Ageas Life nhằm mục đích thẩm định HSYCBH 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 MB Ageas Life hay bất kỳ nhân viên/ tổ chức y tế nào do MB Ageas Life chỉ định, thay mặt cho MB Ageas Life thu thập những thông tin sức khỏe và thông tin về cá nhân của Tôi/Chúng tôi nhằm mục đích thẩm định HSYCBH 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 MB Ageas Life hay bất kỳ nhân viên/ tổ chức y tế nào do MB Ageas Life (MBAL) chỉ định, thực hiện việc khám sức khỏe và làm các xét nghiệm y khoa cần thiết nhằm mục đích thẩm định HSYCBH này;
4. Liên quan đến quy định về thuế tại Hoa Kỳ, khi cơ quan có thẩm quyền yêu cầu cung cấp thông tin, Tôi/Chúng tôi đồng ý và cho phép MB Ageas Life được tiết lộ thông tin mà Tôi/Chúng tôi đã cung cấp cho MB Ageas Life và cam kết về việc sẽ cung cấp thông tin trên khi có phát sinh, thay đổi thông tin trong suốt thời hạn của hợp đồng bảo hiểm cho MB Ageas Life.
5. Người được bảo hiểm xác nhận rằng
6. Người được bảo hiểm bằng việc ký tên trên HSYCBH này xác nhận đồng ý cho Bên mua bảo hiểm đứng tên mua bảo hiểm cho mình theo chính sách của Bên mua bảo hiểm.
7. Hiểu rõ và đồng ý với chính sách chỉ định Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.
8. Đã được Chuyên viên tư vấn bảo hiểm trực tiếp phân tích rõ nhu cầu, giải thích và hiểu rõ cũng như hoàn toàn đồng ý với nội dung tài liệu về quyền lợi bảo hiểm và các Quy tắc, Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm, bao gồm điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, là bộ phận hợp thành bộ Hợp đồng bảo hiểm*.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bên mua bảo hiểm**  **theo Hợp đồng nguyên tắc mua bảo hiểm nhân thọ cho cán bộ, nhân viên của Công ty …. số: ….** |  | **Người được bảo hiểm**  *(Tôi đồng ý cho BMBH cung cấp kết quả khám định kỳ của tôi cho MBAL để phục vụ quá trình thẩm định và phát hành hợp đồng bảo hiểm)*  *(ký và ghi rõ họ tên)* | |
|  |  | |
|  |  | Ngày/ Tháng/ Năm: | ……………………….. |

*Lưu ý: Đây là chữ ký mẫu được áp dụng thống nhất với mọi tài liệu giao dịch giữa MB Ageas Life và Người được bảo hiểm.*

1. **CAM KẾT CỦA CHUYÊN VIÊN TƯ VẤN BẢO HIỂM**

Tôi cam kết rằng những thông tin trong HSYCBH này là những thông tin duy nhất mà Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (khách hàng) 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 MB Ageas Life đối với khách hàng.

Tôi cũng cam kết rằng tôi đã gặp trực tiếp khách hàng để đối chiếu bản sao các giấy tờ nhân thân đã nộp với bản chính, 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 khách hàng đúng theo quy định trong Quy tắc, Điều khoản hợp đồng bảo hiểm của MB Ageas Life và đã không đưa ra bất cứ ý kiến nào gây ảnh hưởng đến việc hoàn tất HSYCBH của khách hàng.

Tôi cam đoan chữ ký trên là chữ ký của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chuyên viên tư vấn bảo hiểm 1**  *(ký và ghi rõ họ tên)* | | | | |  | **Chuyên viên tư vấn bảo hiểm 2**  *(ký và ghi rõ họ tên)* | | | | |
| Mã số: |  | | Khu vực: |  |  | Mã số: |  | | Khu vực: |  |
| Chi nhánh: | |  | | |  | Chi nhánh: | |  | | |
| *Người hỗ trợ:* | |  | | |  | *Người hỗ trợ:* | |  | | |
| *Mã số:* | |  | | |  | *Mã số:* | |  | | |
| *Chi nhánh/PGD:* | |  | | |  | *Chi nhánh/PGD:* | |  | | |
| *Mã CN/PGD* | |  | | |  | *Mã CN/PGD* | |  | | |