

II. Chi tiết về Yêu cầu tham gia Bảo hiểm

1. Tên Sản phẩm

Mệnh giá Sản phẩm

Thời hạn Bảo hiểm
(năm)

2. Định kỳ đóng phí, phương thức đóng phí, Phí bảo hiểm:

a. Định kỳ đóng phí:

☐ Quý

☐ Nửa năm

☐ Năm

☐ Đơn kỳ (một lần)

b. Phương thức đóng phí:

☐ Tiền mặt

☐ Chuyển khoản

☐ Đóng phí tự động

c. Phương thức nhận tiền mặt định kỳ (nếu có):

☐ Để lại Chubb Life tính lãi

☐ Nhận tiền mặt

d. Phí Bảo hiểm dự kiến đóng năm đầu (đồng):

e. Phí Bảo hiểm dự kiến đóng theo kỳ (đồng):

3. Bên mua Bảo hiểm đồng ý rằng trong trường hợp Người được Bảo hiểm tăng thêm một tuổi vào Ngày phát hành Hợp đồng Bảo hiểm, Chubb Life sẽ lùi Ngày hiệu lực Hợp đồng để giữ phí bảo hiểm cũ.

III. Thông tin về sức khỏe của Người được Bảo hiểm:

Cân nặng:

kg

Chiều cao:

cm

Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp và gạch dưới những từ có liên quan trong bảng câu hỏi dưới đây:
(Nếu trả lời “Có”, vui lòng điền chi tiết vào ô cuối bảng câu hỏi và đính kèm tất cả các hồ sơ liên quan: kết quả xét nghiệm, toa thuốc, giấy ra viện, kết quả giải phẫu bệnh, v.v.)

	Có	Không
1. Người được Bảo hiểm có HSYCBH hoặc Quyền lợi Bảo hiểm nào bị từ chối hoặc tạm hoãn tại bất kỳ công ty bảo hiểm nào không?	☐	☐
2. Nếu đã nghỉ hưu hoặc đang làm thủ tục nghỉ hưu, Người được Bảo hiểm có phải nghỉ hưu vì lý do sức khỏe không?	☐	☐
3. Trong vòng 05 năm vừa qua, Người được Bảo hiểm có điều trị nội trú từ 05 ngày trở lên tại bất kỳ cơ sở y tế nào không?	☐	☐
4. Người được Bảo hiểm có bao giờ bị hoặc được chẩn đoán hoặc điều trị bệnh ung thư của bất kỳ cơ quan/nội tạng nào, bệnh tim mạch, đột quy, mất/giảm trí nhớ, bệnh Parkinson, bệnh mãn tính của thận/gan/phổi, HIV/AIDS, run/liệt/yếu chi, giảm thị lực hoặc giảm thính lực hoặc các vấn đề về tâm thần/thần kinh?	☐	☐
5. Người được Bảo hiểm có cần sử dụng các phương tiện hỗ trợ (như gậy, nạng, xe lăn,...) hoặc có cần sự giúp đỡ của người khác để thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày (như việc tắm rửa, mặc quần áo, đi lại, đại/tiểu tiện...)?	☐	☐
Nếu Người được Bảo hiểm/Bên mua Bảo hiểm có mối quan hệ huyết thống/hôn nhân/nuôi dưỡng với Đại diện Kinh doanh của Chubb Life vui lòng điền chi tiết mối quan hệ bên dưới.		
	NĐBH	BMBH
Quan hệ với Đại diện Kinh doanh		

Yêu cầu điền chi tiết trả lời các câu hỏi từ 1 đến 5 nếu một trong những phần các câu hỏi trên được trả lời “Có”

Tên Người được Bảo hiểm	Câu số	Thời gian	Nêu rõ chi tiết bệnh, vấn đề sức khỏe khác, thời gian mắc bệnh, điều trị và kết quả? Yêu cầu cung cấp hồ sơ liên quan (kết quả xét nghiệm, toa thuốc, giấy ra viện, kết quả giải phẫu bệnh,v.v.)

IV. Chi tiết Người thụ hưởng được chỉ định

1. Người thụ hưởng được chỉ định để nhận (các) Quyền lợi bảo hiểm khi NĐBH còn sống:

Họ và tên	Quan hệ với NĐBH	Giới tính	CMND/CCCD/Hộ chiếu/ Khai sinh	Ngày sinh	Địa chỉ thường trú
-----------	------------------	-----------	-------------------------------	-----------	--------------------

2. Người thụ hưởng được chỉ định để nhận (các) Quyền lợi bảo hiểm khi NĐBH tử vong:

a. Người thụ hưởng là Cá nhân:

Họ và tên	Quan hệ với NĐBH	Giới tính	CMND/CCCD/ Hộ chiếu/ Khai sinh	Ngày sinh	Địa chỉ thường trú	Thứ tự thụ hưởng	Tỷ lệ %
-----------	------------------	-----------	--------------------------------	-----------	--------------------	------------------	---------

b. Người thụ hưởng là Tổ chức:

Tên Tổ chức	Địa chỉ trụ sở chính của Tổ chức	Số Giấy chứng nhận ĐKKD/ Số Giấy phép thành lập	Tỷ lệ %
-------------	----------------------------------	---	---------

Thông tin chi tiết khác mà Người được Bảo hiểm/Bên mua Bảo hiểm/Đại diện Kinh doanh muốn bổ sung thêm:

Đăng ký sử dụng dịch vụ tin nhắn ngắn (SMS), thư điện tử (Email) để nhận thông báo và thực hiện các giao dịch liên quan đến Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm/Hợp đồng Bảo hiểm:

☐ Tin nhắn ngắn (SMS). Số điện thoại di động đăng ký dịch vụ SMS:

☐ Thư điện tử (Email). Địa chỉ Email:

Tôi/Chúng tôi cam kết hoàn toàn chịu trách nhiệm về các thông báo, giao dịch phát sinh từ và/hoặc được gửi đến số điện thoại/ địa chỉ Email đăng ký nêu trên.

Chi tiết khác muốn bổ sung: (vui lòng ghi tên, số lượng từng loại biểu mẫu đính kèm theo HSYCBH này – nếu có)

V. Cam Kết Và Đồng Ý:

- Tôi/Chúng tôi cam kết đã đọc, nghe, được giải thích và hiểu thấu đáo nội dung của HSYCBH này, và xác nhận rằng HSYCBH này được lập trước sự chứng kiến của Tôi/Chúng tôi, Đại diện Kinh doanh của Chubb Life.
- Tôi/Chúng tôi cam đoan những thông tin được cung cấp trong HSYCBH này là đầy đủ, chính xác, trung thực theo các thông tin mà Tôi/Chúng tôi đã biết và là cơ sở để Chubb Life thẩm định, xem xét việc chấp nhận hoặc không chấp nhận bảo hiểm. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng nếu có bất kỳ thông tin nào có ý không được kê khai hoặc kê khai không chính xác trong HSYCBH này, Chubb Life có quyền đình chỉ thực hiện HĐBH và/hoặc không giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc thẩm định sức khỏe của NĐBH không phải là nghĩa vụ bắt buộc của Chubb Life. Việc khám sức khỏe do Chubb Life yêu cầu (nếu có) không làm giảm trừ, miễn trừ, thay thế cho bất kỳ nghĩa vụ kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực trong HSYCBH. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng các khoản phí liên quan đến việc thẩm định và khám/xét nghiệm về sức khỏe (nếu có) sẽ được khấu trừ vào kỳ phí bảo hiểm đầu tiên trong trường hợp Tôi/Chúng tôi từ chối tham gia bảo hiểm trong thời gian cân nhắc của Hợp đồng Bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi cũng cam kết những nội dung được điền trong HSYCBH này thể hiện đúng ý chí và nguyện vọng của Tôi/Chúng tôi.
-



* 5 000000000000000001 *

Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ
Liên danh cho Công ty

CHH0NBEL180107V
Trang 3/4

5. Tôi/Chúng tôi theo đây đồng ý cho phép các cơ sở y tế/bác sĩ nào đã khám/xét nghiệm/điều trị cho Tôi/Chúng tôi, các công ty bảo hiểm nhân thọ/cá nhân/tổ chức có hồ sơ hay có thông tin về Tôi/Chúng tôi đều được phép cung cấp bất kỳ thông tin nào khi Chubb Life yêu cầu. Bản sao các y chứng (bệnh án, xét nghiệm, v.v.) từ các nơi nói trên cung cấp có giá trị tương đương như bản chính.
6. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng Chubb Life được quyền thu thập, sử dụng, chuyển giao các thông tin, tài liệu và dữ liệu theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành Hợp đồng Bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, các yêu cầu về vốn theo quy định của pháp luật.
7. Ngoài trường hợp nêu tại mục 6 ở trên, Tôi/ Chúng tôi:
- ☐ Đồng ý ☐ Không đồng ý
- Cho Chubb Life được phép tiết lộ, chia sẻ các thông tin, tài liệu và dữ liệu do Tôi/ Chúng tôi cung cấp trong HSYCBH hoặc liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm cho bất cứ bên thứ ba nào khác.

Lưu ý: Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm vui lòng kiểm tra lại toàn bộ thông tin kê khai trong HSYCBH và đảm bảo rằng Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm hoàn toàn đồng ý với các thông tin đã kê khai trước khi tự mình ký tên/điểm chỉ vào phần dưới đây.

Vui lòng ghi rõ họ và tên Tại (Tỉnh/TP) Ký lần 1 Ký lần 2 Ngày
(bằng chữ thường)

Người được Bảo hiểm
(ký tên nếu từ 18 tuổi trở lên)

Bên mua Bảo hiểm

Lưu ý: nếu Ông/Bà không nhận được thông báo nào từ Chubb Life trong vòng bảy (07) ngày kể từ ngày nộp HSYCBH này và đóng phí bảo hiểm tạm tính cho Đại diện Kinh doanh, vui lòng liên hệ với Chubb Life theo đường dây nóng *8123 hoặc (028) - 3827 8123.

Tôi cam kết rằng đã tư vấn cho Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm đúng theo quy định trong Bản Quy tắc và Điều khoản Hợp đồng Bảo hiểm của Chubb Life. Tôi cam kết rằng HSYCBH này đã được điền theo đúng những thông tin mà Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm đã cung cấp. Những thông tin trên là đầy đủ, chính xác và duy nhất mà tôi được biết. Tôi không hề che giấu bất cứ thông tin nào có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Chubb Life đối với Người được Bảo hiểm/Bên mua Bảo hiểm. Trước sự chứng kiến của tôi, tôi xác nhận rằng HSYCBH này đã được lập và V được Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm ký một cách tự nguyện trong tình trạng minh mẫn, không bị đe dọa hoặc ép buộc.

Lưu ý: Nếu Đại diện Kinh doanh là Người được Bảo hiểm/Bên mua Bảo hiểm thì Người làm chứng phải là Quản lý trực tiếp Đại diện Kinh doanh.

Vui lòng ghi rõ họ và tên Mã số ĐKKD/CMND Chữ ký Ngày

Đại diện kinh doanh /Người làm chứng

Quản lý trực tiếp Đại diện kinh doanh

Yêu cầu không tẩy xóa khi điền hồ sơ
Liên danh cho Công ty

Phản dành cho Ban Điều hành Kinh doanh kiểm tra:



* 5 0000000000000001 *