



Số Hợp đồng bảo hiểm

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ĐẠI LÝ 1

Họ và tên

Mã số

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ĐẠI LÝ 2

Họ và tên

Mã số

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LƯU Ý ĐẶC BIỆT VỀ VIỆC CUNG CẤP THÔNG TIN

Theo quy định của pháp luật, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp thông tin đầy đủ, chính xác và trung thực. Vì các thông tin này sẽ được sử dụng để ký kết hợp đồng bảo hiểm nên việc cung cấp thông tin không đầy đủ hoặc không chính xác có thể dẫn đến việc hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực hoặc bị chấm dứt hiệu lực và quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.

Nếu không chắc chắn thông tin hoặc sự việc nào đó có quan trọng hay không thì xin vui lòng vẫn cung cấp thông tin trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Thông tin này bao gồm cả các thông tin, sự việc mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thể đã cung cấp cho đại lý/tư vấn bảo hiểm.

Vào mọi thời điểm, nếu phát hiện có thông tin bị bỏ sót hoặc được cung cấp không chính xác, Quý khách vui lòng gửi văn bản để yêu cầu AIA điều chỉnh.

A

BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)

1. Họ và tên của BMBH
(CHỮ IN HOA)

2. Giới tính

Nam Nữ

3. Ngày tháng năm sinh

Ngày Tháng Năm

4. Loại giấy tờ tùy thân còn hiệu lực đính kèm cùng Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này

CMND CCCD Hộ chiếu Khác

Số

Ngày cấp

5. Số thẻ bảo hiểm y tế

Không Có | Số

6. Nơi sinh

Việt Nam Khác (vui lòng ghi rõ)

7. Quốc tịch

Quốc tịch thứ nhất Các quốc tịch khác (nếu có)

8. Dân tộc

Kinh Khác (vui lòng ghi rõ)

9. Tình trạng hôn nhân

Độc thân Kết hôn Góa Chồng / Vợ Ly dị

10. Trình độ học vấn cao nhất đã tốt nghiệp

Đại học / Cao đẳng hoặc trên Đại học Trung học phổ thông / cơ sở Dưới Trung học cơ sở

11. Mỗi quan hệ với NĐBH sản phẩm chính

Cha / Mẹ Vợ / Chồng Con

Khác (vui lòng ghi rõ)

12. Nghề nghiệp và công việc cụ thể hiện tại

Nghề nghiệp	<input type="text"/>
Công việc cụ thể	<input type="text"/>
Cơ quan làm việc (nếu có)	<input type="text"/>

13. Thông tin địa chỉ

Số nhà,
Tên đường

Phường / Xã

Quận / Huyện

Tỉnh / Thành phố

Quốc gia

THƯỜNG TRÚ

NƠI Ở HIỆN TẠI

14. Thông tin liên hệ
tại Việt NamĐỊA CHỈ: Nơi ở hiện tại Thường trú Khác

Số nhà, Tên đường

Phường / Xã

Quận / Huyện

Tỉnh / Thành phố

Số điện thoại di động

Số điện thoại sử
dụng zalo (nếu có)

Email (nếu có)

15. BMBH hiện có đang
sử dụng các mạng
truyền thông sau
đây không? Zalo Viber WhatsApp Không

BMBH đồng ý nhận thông tin liên quan tới hợp đồng bảo hiểm qua Zalo không?

 Đồng ý Không đồng ý**B SẢN PHẨM BẢO HIỂM**

Họ và Tên NĐBH sản phẩm chính (SPC):

Tên SPC và SPBS:

Số tiền bảo hiểm:

1

2

3

4

5

Họ và Tên NĐBH sản phẩm bổ sung (SPBS):

Tên SPBS:

Số tiền bảo hiểm:

1

2

3

4

5

C PHÍ BẢO HIỂM

1. Định kỳ đóng phí

 Năm Nửa năm Quý Tháng (chỉ áp dụng với phương thức thanh toán tự động phí bảo hiểm)2. Tổng phí bảo hiểm
đóng cùng hồ sơ này
(đồng)

Số phí theo bảng minh họa (1)

Số phí được giảm (nếu có) (2)

Số phí cần phải đóng (1) – (2)

3. Phương thức đóng phí bảo hiểm đầu tiên
- Trực tuyến tại www.aia.com.vn Tiền mặt tại Ngân hàng
- Chuyển khoản Khác (vui lòng ghi rõ):
- Tiền mặt bằng phiếu thu của AIA - Số phiếu thu:
- Chuyển tiền từ hợp đồng khác - Số Hợp đồng:
4. BMBH phải là người đóng phí bảo hiểm đầu tiên và đồng ý cung cấp các giấy tờ chứng minh cho việc nộp khoản phí bảo hiểm này khi AIA có yêu cầu. Liên quan đến khoản phí bảo hiểm từ năm hợp đồng thứ 02 trở đi, người dự định đóng phí sẽ là:
- Bên mua bảo hiểm Người khác (người được ủy quyền đóng phí bảo hiểm). Nếu chọn Người khác (người được ủy quyền đóng phí bảo hiểm), vui lòng điền tờ khai báo thông tin.

D

HỢP ĐỒNG ĐIỆN TỬ VÀ DỊCH VỤ GIAO DỊCH ĐIỆN TỬ

HỢP ĐỒNG ĐIỆN TỬ

Tôi, Bên mua bảo hiểm đề nghị được nhận hợp đồng bảo hiểm điện tử (e-Policy) tại MyAIA - Bảo hiểm của tôi www.aia.com.vn/vi/MyAIA.html thay cho việc nhận hợp đồng bảo hiểm bản giấy.

- Đồng ý
- Không đồng ý

GIAO DỊCH ĐIỆN TỬ

Tôi, Bên mua bảo hiểm đồng ý đăng ký sử dụng dịch vụ giao dịch điện tử tại MyAIA - Bảo hiểm của tôi www.aia.com.vn/vi/MyAIA.html

- Đồng ý
- Không đồng ý

E

NGƯỜI THỤ HƯỞNG (NTH)

1. Nếu NĐBH sản phẩm chính dưới 18 tuổi, NTH được chỉ định phải là Cha/Mẹ ruột hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH.

2. Nếu NĐBH sản phẩm chính từ 18 tuổi trở lên, NTH có thể là Ông/Bà (nội, ngoại), Cha/Mẹ, Vợ/Chồng, Con, Anh/Chị/Em ruột của NĐBH.

3. Nếu NĐBH sản phẩm chính không còn NTH có các mối quan hệ được nêu tại 1 và 2, NTH được chỉ định có thể là Cô/Dì/Chú/Bác/Cháu ruột.

4. Tổng tỷ lệ % được hưởng của tất cả những NTH phải là 100%.

HỌ VÀ TÊN NTH

Giới tính: Nam NữNgày tháng năm sinh:

Quan hệ với NĐBH sản phẩm chính:

 Cha / Mẹ Con Vợ / ChồngSố CMND, CCCD, Hộ chiếu: Khác (vui lòng ghi rõ): Tỷ lệ %
thụ hưởng

HỌ VÀ TÊN NTH

Giới tính: Nam NữNgày tháng năm sinh:

Quan hệ với NĐBH sản phẩm chính:

 Cha / Mẹ Con Vợ / ChồngSố CMND, CCCD, Hộ chiếu: Khác (vui lòng ghi rõ): Tỷ lệ %
thụ hưởng

HỌ VÀ TÊN NTH

Giới tính: Nam NữNgày tháng năm sinh:

Quan hệ với NĐBH sản phẩm chính:

 Cha / Mẹ Con Vợ / ChồngSố CMND, CCCD, Hộ chiếu: Khác (vui lòng ghi rõ): Tỷ lệ %
thụ hưởng



THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NĐBH SPC

(Nếu BMBH cũng là NĐBH SPC, vui lòng không điền phần này)

1. Họ và tên (CHỮ IN HOA)

2. Giới tính Nam Nữ

3. Ngày tháng năm sinh Ngày Tháng Năm

4. Loại giấy tờ tùy thân còn hiệu lực đính kèm cùng Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này CMND CCCD Hộ chiếu Khác
Số
Ngày cấp

5. Số thẻ bảo hiểm y tế Không Có Số

6. Nơi sinh Việt Nam Khác (vui lòng ghi rõ)

7. Quốc tịch Quốc tịch thứ nhất Các quốc tịch khác (nếu có)

8. Dân tộc Kinh Khác (vui lòng ghi rõ)

9. Tình trạng hôn nhân Độc thân Kết hôn Góa Chồng / Vợ Ly dị

10. Trình độ học vấn cao nhất đã tốt nghiệp Đại học / Cao đẳng hoặc trên Đại học Trung học phổ thông / cơ sở Dưới Trung học cơ sở

11. Mọi quan hệ với BMBH Bản thân Cha / Mẹ Vợ / Chồng Con Khác (vui lòng ghi rõ)

12. Nghề nghiệp và công việc cụ thể hiện tại Nghề nghiệp
Công việc cụ thể
Cơ quan làm việc (nếu có)

13. Nơi ở hiện tại, số điện thoại Số nhà, Tên đường Phường / Xã
Quận / Huyện Tỉnh / Thành phố
Quốc gia Điện thoại di động

THÔNG TIN VỀ LỐI SỐNG VÀ SỨC KHỎE CỦA NĐBH SPC

Nếu NĐBH từ 13 tuổi trở xuống, vui lòng chỉ trả lời từ câu 5 trở đi

1. NĐBH có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng gần đây không? Không Có Số điếu / ngày Thuốc lá điếu Thuốc lá điện tử điếu

2. Câu hỏi liên quan tới việc sử dụng rượu bia:
a/ NĐBH có sử dụng rượu, bia không? Không Có Số lượng uống / tuần Bia lon chai Rượu vang ly chai Rượu mạnh chén/ly chai

b/ NĐBH đã từng được chẩn đoán, điều trị nghiện rượu hoặc các bệnh liên quan đến nghiện rượu không? Không Có

3. NĐBH đã từng hoặc hiện nay có sử dụng chất ma túy hoặc từng được điều trị cai nghiện ma túy không?
 Không Có
4. NĐBH có tham gia các hoạt động mạo hiểm không?
 Không Có **Loại hình hoạt động:**
 Đua xe Lặn Leo núi Nhảy dù
5. Trong 12 tháng gần đây, NĐBH đã từng ở nước ngoài từ 02 tháng liên tục trở lên không?
 Không Có **Tên quốc gia:** _____
6. Trong 12 tháng sắp tới, NĐBH có chuẩn bị đi nước ngoài và ở lại từ 02 tháng liên tục trở lên không?
 Không Có **Tên quốc gia:** _____
 Mục đích:
 Định cư Du học Du lịch
 Công tác Hợp tác lao động
 Từ năm _____ tới năm _____
7. NĐBH đã từng bị tăng phí, loại trừ bảo hiểm, tạm hoãn hoặc từ chối bảo hiểm tại bất kỳ Công ty bảo hiểm nào không?
 Không Có
8. Chiều cao và cân nặng của NĐBH
 Chiều cao _____ cm Cân nặng _____ kg
9. NĐBH đã mắc phải hoặc được chẩn đoán bệnh về khuyết tật bẩm sinh hoặc di truyền không?
 Không Có **Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều chẩn đoán sau**
 thông liên nhĩ, thông liên thất bệnh Down
 tứ chứng Fallot bệnh máu không đông
 còn ống động mạch câm, điếc bẩm sinh
10. Trong 05 năm gần đây, NĐBH đã từng nhập viện hoặc được thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm máu, nước tiểu, chụp X-quang, chụp cắt lớp (CT scan), chụp cộng hưởng từ (MRI), siêu âm, điện tâm đồ, sinh thiết hoặc bất kỳ xét nghiệm nào khác không?
 Không Có
11. NĐBH đã từng được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị do bất kỳ bệnh nào được liệt kê sau đây không?
 a/ Bệnh thuộc hệ thần kinh Không Có **Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau**
 bệnh não đột quỵ
 bệnh màng não động kinh
 cơn thiếu máu não thoáng qua bệnh dây thần kinh
 tai biến mạch máu não bệnh trầm cảm
 loạn thần do rượu bệnh tâm thần
- b/ Bệnh thuộc hệ nội tiết Không Có **Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau**
 bệnh tiểu đường bệnh tuyến giáp
- c/ Bệnh thuộc hệ hô hấp Không Có **Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau**
 bệnh viêm phế quản bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
 bệnh hen suyễn bệnh lao phổi
 bệnh viêm phổi
- d/ Bệnh thuộc hệ tim mạch Không Có **Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau**
 tăng mỡ trong máu nhồi máu cơ tim
 tăng huyết áp rối loạn nhịp tim
 cơn đau thắt ngực bệnh van tim
 bệnh mạch vành bệnh tim bẩm sinh
 thiếu máu cơ tim

e/ Bệnh thuộc hệ tiêu hoá Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của thực quản | <input type="checkbox"/> bệnh trĩ |
| <input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của dạ dày-tá tràng | <input type="checkbox"/> tăng men gan |
| <input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của đại tràng, trực tràng | <input type="checkbox"/> xơ gan |
| <input type="checkbox"/> bệnh trào ngược dạ dày-thực quản | <input type="checkbox"/> viêm gan siêu vi B |
| <input type="checkbox"/> hội chứng ruột kích thích | <input type="checkbox"/> viêm gan siêu vi C |
| | <input type="checkbox"/> viêm gan do rượu |
| | <input type="checkbox"/> bệnh sỏi túi mật, đường mật |

f/ Bệnh thuộc hệ thận-tiết niệu-sinh dục Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bệnh sỏi thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo | <input type="checkbox"/> suy thận |
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm cầu thận | <input type="checkbox"/> bệnh của cơ quan sinh dục |

g/ Bệnh ung thư, u, bướu Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh ung thư | <input type="checkbox"/> nang |
| <input type="checkbox"/> u, bướu | <input type="checkbox"/> pô-líp (polyp) |

h/ Bệnh về máu Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh thiếu máu | <input type="checkbox"/> suy tủy |
| <input type="checkbox"/> xuất huyết | <input type="checkbox"/> các bệnh khác về máu |
| <input type="checkbox"/> bệnh máu không đông | |

i/ Bệnh thuộc hệ cơ-xương-khớp Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm khớp | <input type="checkbox"/> bệnh thoát vị đĩa đệm |
| <input type="checkbox"/> bệnh thấp khớp | <input type="checkbox"/> bệnh thoái hoá cột sống |
| <input type="checkbox"/> bệnh Gút (Gout) | <input type="checkbox"/> các bệnh khác của cột sống |
| <input type="checkbox"/> đau lưng | |

j/ Bệnh mắt-tai-mũi-họng Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm xoang | <input type="checkbox"/> bệnh về tai |
| <input type="checkbox"/> bệnh về mắt | <input type="checkbox"/> bệnh về hầu-họng |
| <input type="checkbox"/> bệnh về mũi | |

k/ Bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV-AIDS Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh lây truyền qua đường tình dục | <input type="checkbox"/> hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> các bệnh liên quan đến AIDS | <input type="checkbox"/> nhiễm HIV |

l/ Chấn thương do tai nạn Không Có

CÂU HỎI DÀNH CHO NỮ

m/ Bệnh hoặc các rối loạn thuộc hệ sinh dục nữ Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bệnh tuyến vú | <input type="checkbox"/> bệnh vòi trứng, buồng trứng |
| <input type="checkbox"/> bệnh cổ tử cung, tử cung | <input type="checkbox"/> rối loạn kinh nguyệt |

13. Nơi ở hiện tại, số điện thoại	Số nhà, Tên đường	<input type="text"/>	Phường / Xã	<input type="text"/>
	Quận / Huyện	<input type="text"/>	Tỉnh / Thành phố	<input type="text"/>
	Quốc gia	<input type="text"/>	Điện thoại di động	<input type="text"/>

THÔNG TIN VỀ LỐI SỐNG VÀ SỨC KHỎE CỦA NĐBH SPBS

Nếu NĐBH từ 13 tuổi trở xuống, vui lòng chỉ trả lời từ câu 5 trở đi

1. NĐBH có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng gần đây không?
 Không Có **Số điếu / ngày**
 Thuốc lá Thuốc lá điện tử điếu điếu
2. Câu hỏi liên quan tới việc sử dụng rượu bia:
 a/ NĐBH có sử dụng rượu, bia không?
 Không Có **Số lượng uống / tuần**
 Bia lon chai
 Rượu vang ly chai
 Rượu mạnh chén/ly chai
 b/ NĐBH đã từng được chẩn đoán, điều trị nghiện rượu hoặc các bệnh liên quan đến nghiện rượu không?
 Không Có
3. NĐBH đã từng hoặc hiện nay có sử dụng chất ma túy hoặc từng được điều trị cai nghiện ma túy không?
 Không Có
4. NĐBH có tham gia các hoạt động mạo hiểm không?
 Không Có **Loại hình hoạt động:**
 Đua xe Lặn Leo núi Nhảy dù
5. Trong 12 tháng gần đây, NĐBH đã từng ở nước ngoài từ 02 tháng liên tục trở lên không?
 Không Có **Tên quốc gia:**
6. Trong 12 tháng sắp tới, NĐBH có chuẩn bị đi nước ngoài và ở lại từ 02 tháng liên tục trở lên không?
 Không Có **Tên quốc gia:**
Mục đích:
 Định cư Du học Du lịch
 Công tác Hợp tác lao động
 Từ năm tới năm
7. NĐBH đã từng bị tăng phí, loại trừ bảo hiểm, tạm hoãn hoặc từ chối bảo hiểm tại bất kỳ Công ty bảo hiểm nào không?
 Không Có
8. Chiều cao và cân nặng của NĐBH
 Chiều cao cm Cân nặng kg
9. NĐBH đã mắc phải hoặc được chẩn đoán bệnh về khuyết tật bẩm sinh hoặc di truyền không?
 Không Có **Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều chẩn đoán sau**
 thông liên nhĩ, thông liên thất bệnh Down
 tử chứng Fallot bệnh máu không đông
 còn ống động mạch câm, điếc bẩm sinh
10. Trong 05 năm gần đây, NĐBH đã từng nhập viện hoặc được thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm máu, nước tiểu, chụp X-quang, chụp cắt lớp (CT scan), chụp cộng hưởng từ (MRI), siêu âm, điện tâm đồ, sinh thiết hoặc bất kỳ xét nghiệm nào khác không?
 Không Có

11. NĐBH đã từng được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị do bất kỳ bệnh nào được liệt kê sau đây không?

a/ Bệnh thuộc hệ thần kinh Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh não | <input type="checkbox"/> đột quỵ |
| <input type="checkbox"/> bệnh màng não | <input type="checkbox"/> động kinh |
| <input type="checkbox"/> cơn thiếu máu não thoáng qua | <input type="checkbox"/> bệnh dây thần kinh |
| <input type="checkbox"/> tai biến mạch máu não | <input type="checkbox"/> bệnh trầm cảm |
| <input type="checkbox"/> loạn thần do rượu | <input type="checkbox"/> bệnh tâm thần |

b/ Bệnh thuộc hệ nội tiết Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> bệnh tuyến giáp |
|--|--|

c/ Bệnh thuộc hệ hô hấp Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm phế quản | <input type="checkbox"/> bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính |
| <input type="checkbox"/> bệnh hen suyễn | <input type="checkbox"/> bệnh lao phổi |
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm phổi | |

d/ Bệnh thuộc hệ tim mạch Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> tăng mỡ trong máu | <input type="checkbox"/> nhồi máu cơ tim |
| <input type="checkbox"/> tăng huyết áp | <input type="checkbox"/> rối loạn nhịp tim |
| <input type="checkbox"/> cơn đau thắt ngực | <input type="checkbox"/> bệnh van tim |
| <input type="checkbox"/> bệnh mạch vành | <input type="checkbox"/> bệnh tim bẩm sinh |
| <input type="checkbox"/> thiếu máu cơ tim | |

e/ Bệnh thuộc hệ tiêu hoá Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của thực quản | <input type="checkbox"/> bệnh trĩ |
| <input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của dạ dày-tá tràng | <input type="checkbox"/> tăng men gan |
| <input type="checkbox"/> viêm hoặc loét của đại tràng, trực tràng | <input type="checkbox"/> xơ gan |
| <input type="checkbox"/> bệnh trào ngược dạ dày-thực quản | <input type="checkbox"/> viêm gan siêu vi B |
| <input type="checkbox"/> hội chứng ruột kích thích | <input type="checkbox"/> viêm gan siêu vi C |
| | <input type="checkbox"/> viêm gan do rượu |
| | <input type="checkbox"/> bệnh sỏi túi mật, đường mật |

f/ Bệnh thuộc hệ thận-tiết niệu-sinh dục Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bệnh sỏi thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo | <input type="checkbox"/> suy thận |
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm cầu thận | <input type="checkbox"/> bệnh của cơ quan sinh dục |

g/ Bệnh ung thư, u, bướu Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh ung thư | <input type="checkbox"/> nang |
| <input type="checkbox"/> u, bướu | <input type="checkbox"/> pô-líp (polyp) |

h/ Bệnh về máu Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh thiếu máu | <input type="checkbox"/> suy tủy |
| <input type="checkbox"/> xuất huyết | <input type="checkbox"/> các bệnh khác về máu |
| <input type="checkbox"/> bệnh máu không đông | |

i/ Bệnh thuộc hệ cơ-xương-khớp Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm khớp | <input type="checkbox"/> bệnh thoát vị đĩa đệm |
| <input type="checkbox"/> bệnh thấp khớp | <input type="checkbox"/> bệnh thoái hoá cột sống |
| <input type="checkbox"/> bệnh Gút (Gout) | <input type="checkbox"/> các bệnh khác của cột sống |
| <input type="checkbox"/> đau lưng | |

j/ Bệnh mắt-tai-mũi-họng Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh viêm xoang | <input type="checkbox"/> bệnh về tai |
| <input type="checkbox"/> bệnh về mắt | <input type="checkbox"/> bệnh về hầu-họng |
| <input type="checkbox"/> bệnh về mũi | |

k/ Bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV-AIDS Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bệnh lây truyền qua đường tình dục | <input type="checkbox"/> hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> các bệnh liên quan đến AIDS | <input type="checkbox"/> nhiễm HIV |

l/ Chấn thương do tai nạn Không Có

CÂU HỎI DÀNH CHO NỮ

m/ Bệnh hoặc các rối loạn thuộc hệ sinh dục nữ Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bệnh tuyến vú | <input type="checkbox"/> bệnh vôi trứng, buồng trứng |
| <input type="checkbox"/> bệnh cổ tử cung, tử cung | <input type="checkbox"/> rối loạn kinh nguyệt |

12. Trong 05 năm gần đây, NĐBH có những triệu chứng nào được liệt kê sau đây không? Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều triệu chứng sau

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> giảm thị lực, giảm thính lực, chảy nước tai | <input type="checkbox"/> ho ra máu, khó thở, đau ngực |
| <input type="checkbox"/> nôn (ói) ra máu, đi tiêu ra máu, vàng da, vàng mắt | <input type="checkbox"/> yếu cơ, yếu liệt tay chân, biến dạng khớp |
| | <input type="checkbox"/> phù, tiểu ra máu |
| | <input type="checkbox"/> u, bướu, hạch |

13. Có ai trong gia đình NĐBH (cha/mẹ/anh/chị/em ruột) mắc phải hay chết trước 60 tuổi do các bệnh được liệt kê sau đây không? Không Có

Vui lòng chọn 1 hoặc nhiều bệnh sau

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bệnh ung thư | <input type="checkbox"/> đột quy |
| <input type="checkbox"/> bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> bệnh thận đa nang |
| <input type="checkbox"/> bệnh tim bẩm sinh | <input type="checkbox"/> bệnh di truyền |

14. NĐBH vui lòng mô tả chi tiết thông tin vào ô bên phải cho những câu trả lời "Có" hoặc bổ sung thêm các thông tin chi tiết nếu có và nộp kèm bảng câu hỏi sức khỏe phù hợp

NỘI DUNG CAM KẾT VỀ YÊU CẦU THAM GIA BẢO HIỂM

- Tôi/chúng tôi cam kết cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác theo sự hiểu biết của tôi/chúng tôi trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này. Tôi/chúng tôi hiểu và đồng ý rằng các thông tin này là cơ sở để AIA ký kết hợp đồng bảo hiểm, do vậy việc cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ và chính xác có thể dẫn đến việc hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực hoặc bị chấm dứt hiệu lực và quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
- Tôi/chúng tôi hiểu và đồng ý rằng AIA không có nghĩa vụ bắt buộc yêu cầu khám sức khỏe, và nếu có yêu cầu, thì việc khám sức khỏe cũng không thay thế cho trách nhiệm cung cấp thông tin đầy đủ và trung thực của tôi/chúng tôi.
- Tôi/chúng tôi đồng ý cho phép các bác sỹ, phòng khám, bệnh viện, công ty bảo hiểm hoặc các cơ quan, tổ chức, cá nhân khác cung cấp thông tin về tôi/chúng tôi liên quan đến hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này cho AIA hoặc bên thứ ba được AIA ủy quyền.

4. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có liên quan, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ, ...) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho AIA bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu AIA yêu cầu.
5. Tôi/chúng tôi xác nhận đã được tư vấn đầy đủ, rõ ràng về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm và hiểu rõ sản phẩm bảo hiểm tôi/chúng tôi chọn phù hợp với nhu cầu và khả năng tài chính của tôi/chúng tôi.
6. Tôi/chúng tôi đồng ý với nội dung sử dụng và bảo mật thông tin khách hàng của AIA, theo đó, AIA được sử dụng, chuyển giao thông tin cá nhân của Bên mua bảo hiểm, (các) Người được bảo hiểm, (các) Người thụ hưởng do tôi/chúng tôi cung cấp trong hợp đồng bảo hiểm cho bên thứ ba trong các trường hợp:
 - Theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền bao gồm cả cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ
 - Cho các mục đích sau:
 - Thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, phát hành hợp đồng
 - Thu phí bảo hiểm, chăm sóc khách hàng, chi trả quyền lợi bảo hiểm
 - Trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm
 - Thiết lập hệ thống lưu trữ, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu.
7. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng dữ liệu cá nhân sẽ chỉ được chuyển ra ngoài vùng lãnh thổ cho mục đích xử lý nghiệp vụ và lưu trữ, trong trường hợp có đủ hệ thống bảo vệ cần thiết đảm bảo tính toàn vẹn và bảo mật của các dữ liệu này.
8. Tôi/chúng tôi chấp thuận cho AIA gửi đến tôi/chúng tôi các thông tin và chương trình khuyến mãi liên quan đến sản phẩm và dịch vụ của AIA. Tuy nhiên, tôi/chúng tôi có quyền lựa chọn không nhận các thông tin này bất kỳ lúc nào.
9. Trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có hành vi liên quan đến rửa tiền/khủng bố, AIA có quyền áp dụng các biện pháp theo quy định của pháp luật và/hoặc thực hiện các biện pháp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền liên quan tới hợp đồng bảo hiểm này.
10. Tôi, Bên mua bảo hiểm hoàn toàn chịu trách nhiệm về việc ủy quyền cho người khác thay tôi nộp phí bảo hiểm hay hoàn trả các khoản tạm ứng từ giá trị hợp đồng. AIA không có trách nhiệm hoặc nghĩa vụ phải xác minh việc tôi ủy quyền cho bên thứ ba. Tôi sẽ cung cấp các chứng từ liên quan đến nguồn gốc các khoản thanh toán nếu cơ quan nhà nước có thẩm quyền yêu cầu.

Tôi/Chúng tôi đồng ý tất cả các nội dung trên: Đồng ý Không đồng ý

Nếu không đồng ý, Quý khách vui lòng đánh dấu vào nội dung không đồng ý

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

XÁC NHẬN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VỀ VIỆC NHẬN THÔNG TIN HỢP ĐỒNG QUA EMAIL, TIN NHẮN

1. Tôi sẽ luôn duy trì số điện thoại, Email trong tình trạng nhận được thông tin và sẽ thông báo cho AIA nếu có bất kỳ thay đổi nào. Theo đó, AIA sẽ không chịu trách nhiệm trong trường hợp số điện thoại di động và/hoặc Email của tôi không thể nhận được thông tin vì bất cứ lý do gì.
2. Mọi trao đổi gửi đến hoặc gửi từ số điện thoại và Email mà tôi đã cung cấp/cập nhật cho AIA mặc nhiên được hiểu là được gửi đến cho tôi hoặc gửi từ tôi.

XÁC NHẬN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VỀ DỊCH VỤ GIAO DỊCH ĐIỆN TỬ TẠI MỤC D

1. Tôi đồng ý cho AIA được quyền gửi thông tin về Tên đăng nhập, Mật khẩu và các thông tin khác liên quan tới giao dịch điện tử qua địa chỉ Email và/hoặc số điện thoại di động mà tôi cung cấp tại Phần thông tin Bên mua bảo hiểm nói trên hoặc trong các yêu cầu thay đổi được AIA chấp thuận cập nhật.

- Mọi giao dịch được thực hiện tại Cổng thông tin điện tử www.aia.com.vn - MyAIA và tất cả các tài liệu đính kèm gửi cho AIA với Tên đăng nhập và Mật khẩu của tôi đều có giá trị pháp lý và là cơ sở để AIA thực hiện các yêu cầu của tôi.
- Tôi cam kết bảo mật Tên đăng nhập và Mật khẩu truy cập tại Cổng thông tin điện tử www.aia.com.vn - MyAIA và sẽ sử dụng mọi biện pháp cần thiết để tránh và ngăn chặn việc giao dịch với AIA bởi những người không có thẩm quyền. Tôi cam kết sẽ thông báo ngay cho AIA ngay khi phát hiện Tên đăng nhập và Mật khẩu không còn thuộc sự kiểm soát của tôi.
- Thời gian 21 ngày để tôi cân nhắc và quyết định tiếp tục tham gia bảo hiểm hay không sẽ được tính từ ngày tôi đăng nhập và xác nhận đã nhận bộ hợp đồng bảo hiểm điện tử (e-Policy) trên trang thông tin điện tử www.aia.com.vn/vi/MyAIA.html

XÁC NHẬN THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN LUẬT THUẾ THU NHẬP CỦA LIÊN BANG HOA KỲ

Tôi/chúng tôi khẳng định Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người thụ hưởng của hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này không phải là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ và tôi/chúng tôi không đại diện cho bất kỳ người Hoa Kỳ nào, AIA dựa vào khẳng định này để có những hành động phù hợp. Trong trường hợp khẳng định của tôi/chúng tôi không đúng sự thật, hợp đồng bảo hiểm này sẽ bị coi là vô hiệu và AIA sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm các khoản phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ các chi phí hợp lý, các khoản nợ, các khoản tiền rút từ Giá trị tài khoản và tất cả quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

Đồng ý

Lưu ý: Trong trường hợp bất kỳ Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng của hồ sơ này là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ vui lòng bỏ qua phần xác nhận nêu trên, đồng thời, đánh dấu vào ô bên dưới và nộp kèm tờ khai W9 cho từng cá nhân tương ứng.

Đồng ý

GHI CHÚ QUAN TRỌNG

Tôi/chúng tôi cam kết đã kiểm tra toàn bộ hồ sơ yêu cầu bảo hiểm để đảm bảo các thông tin đã cung cấp là đầy đủ, chính xác và trung thực trước khi ký và gửi cho AIA. Nếu AIA phát hiện tôi/chúng tôi không tự mình lập và ký vào hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này, AIA có quyền hủy bỏ hoặc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và giải quyết hậu quả pháp lý theo quy định của pháp luật.

Nơi ký

Ngày

Tháng

Năm

BÊN MUA BẢO HIỂM

CHỮ KÝ 1

CHỮ KÝ 2

Họ và tên

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM
SẢN PHẨM CHÍNH

CHỮ KÝ 1

CHỮ KÝ 2

Họ và tên

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM
SẢN PHẨM BỔ SUNG

CHỮ KÝ 1

CHỮ KÝ 2

Họ và tên

ĐẠI LÝ 1

CHỮ KÝ

Họ và tên

ĐẠI LÝ 2

CHỮ KÝ

Họ và tên