

QR code

Số GYCBH:



## GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ tên Tư vấn viên 1:

Mã số:

Số điện thoại liên lạc:

Họ tên Tư vấn viên 2:

Mã số:

Số điện thoại liên lạc:

Bằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này (Bản yêu cầu bảo hiểm), Tôi/Chúng tôi yêu cầu được tham gia bảo hiểm nhân thọ tại Bảo Việt Nhân thọ theo các điều kiện bảo hiểm dưới đây:

### PHẦN 1. BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)

#### 1. Họ và tên:

Kê khai và đánh dấu (X) vào ô thích hợp dưới đây:

2. Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ

#### 3. Ngày sinh

4. ☐ Căn cước ☐ CCCD

☐ Hộ chiếu ☐ Giấy khai sinh

Số:

Ngày cấp:

Nơi cấp:

#### 5. Số định danh cá nhân:

6. Quốc tịch\* ☐ Việt Nam ☐ Khác:

#### 7. Tình trạng hôn nhân

☐ Độc thân ☐ Đã lập gia đình ☐ Khác

☐ Ly hôn ☐ Goá

#### 8. Số con hiện có:

#### 9. Nghề nghiệp:

Công việc cụ thể đang làm:

Tên cơ quan /Trường học:

Chức vụ:

Địa chỉ cơ quan/Trường học:

10. Địa chỉ thường trú\*\* (Số nhà, Đường, Phường/Xã, Thành phố/Tỉnh):

#### 11. Thông tin liên hệ:

ĐT cố định:

ĐT di động:

Email:

Địa chỉ liên hệ:

+ ☐ Giống Địa chỉ thường trú

+ ☐ Khác:

#### 12. Thu nhập bình quân hàng năm:

Nguồn gốc thu nhập:

13. Đánh dấu (X) vào ô này nếu Bên mua bảo hiểm cũng đồng thời là Người được bảo hiểm ☐  
(và bỏ qua phần kê khai thông tin ở Phần 2 dưới đây)

### PHẦN 2. NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)

Quan hệ với Bên mua bảo hiểm

BV.2026.02.CN

Đề nghị Quý khách không tẩy xóa khi điền vào GYCBH này

Chữ ký của BMBH

Trang 1/11



QR code

**1. Họ và tên:**

Kê khai và đánh dấu (X) vào ô thích hợp dưới đây:

**2. Giới tính** ☐ Nam ☐ Nữ**3. Ngày sinh****4. ☐ Căn cước ☐ CCCD**☐ Hộ chiếu ☐ Giấy khai sinh

Số: Ngày cấp:

Nơi cấp:

**5. Số định danh cá nhân:****6. Quốc tịch\*** ☐ Việt Nam ☐ Khác:**7. Tình trạng hôn nhân**☐ Độc thân ☐ Đã lập gia đình ☐ Khác☐ Ly hôn ☐ Goá**8. Số con hiện có:****9. Nghề nghiệp:**

Công việc cụ thể đang làm:

Tên cơ quan /Trường học:

Chức vụ:

Địa chỉ cơ quan/TRường học:

**10. Địa chỉ thường trú\*\*** (Số nhà, Đường, Phường/Xã, Thành phố/Tỉnh):**11. Thông tin liên hệ:**

ĐT cố định:

ĐT di động:

Email:

Địa chỉ liên hệ:

+ ☐ Giống Địa chỉ thường trú+ ☐ Khác:**12. Thu nhập bình quân hàng năm:****Nguồn gốc thu nhập:****Chú thích:**

(\*): Trường hợp cá nhân có quốc tịch nước ngoài hoặc không quốc tịch, vui lòng cung cấp thêm thông tin chi tiết theo mẫu quy định của Bảo Việt Nhân thọ.

(\*\*): Nếu cá nhân có quốc tịch nước ngoài, vui lòng điền địa chỉ cư trú tại quốc gia mang quốc tịch tại mục "Địa chỉ thường trú". Nếu cá nhân này cư trú tại Việt Nam, vui lòng điền địa chỉ cư trú tại Việt Nam tại mục "Địa chỉ liên hệ".

**PHẦN 3. SẢN PHẨM BẢO HIỂM YÊU CẦU MUA**

Sản phẩm &lt;Tên thương mại sản phẩm chính&gt; và (các) Sản phẩm bán kèm.

Xem thông tin chi tiết về sản phẩm tại Tài liệu minh họa số.....

**PHẦN 4. CHỈ ĐỊNH NGƯỜI THỤ HƯỞNG**

Với sự đồng ý của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm chỉ định (những) người/tổ chức có tên dưới đây là (những) Người thụ hưởng theo Hợp đồng bảo hiểm được giao kết trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

**1. Sản phẩm chính <Tên thương mại sản phẩm chính>**

Họ và tên Người thụ hưởng/ Tên tổ chức	Ngày sinh	Giới Tính	Số CCCD/Căn cước/ Hộ chiếu/GKS/GPKD	Quan hệ với NĐBH	Tỷ lệ được hưởng (%)



QR code

2. Sản phẩm bán kèm

Người thụ hưởng của Sản phẩm chính sẽ đồng thời là Người thụ hưởng của (các) Sản phẩm bán kèm trong Hợp đồng bảo hiểm (nếu Quy tắc, Điều khoản của (các) Sản phẩm bán kèm cho phép chỉ định Người thụ hưởng), trừ trường hợp có chỉ định khác của Bên mua bảo hiểm với sự đồng ý của Người được bảo hiểm ở Bảng dưới.

Họ và tên Người được bảo hiểm	Sản phẩm tham gia	Họ và tên Người thụ hưởng/ Tên tổ chức	Ngày sinh	Giới Tính	Số CCCD/Căn cước/Hộ chiếu/ GKS/GPKD	Quan hệ với NĐBH	Tỷ lệ được hưởng (%)

3. Trong các trường hợp sau, Bên mua bảo hiểm đồng ý để Người thụ hưởng của Sản phẩm chính là người được nhận các khoản tiền mà Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm chính và/hoặc Quy tắc, Điều khoản Sản phẩm bán kèm quy định trả cho Bên mua bảo hiểm:

- (i) Bên mua bảo hiểm đồng thời là Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính tử vong;
- (ii) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính tử vong cùng thời điểm;
- (iii) Người được bảo hiểm của Sản phẩm chính tử vong khi Hợp đồng không có Bên mua bảo hiểm mới.

Quy định này không áp dụng trong các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Quy tắc, Điều khoản sản phẩm hoặc có thỏa thuận khác giữa Bên mua bảo hiểm và Bảo Việt Nhân thọ. Trường hợp Sản phẩm chính không có hoặc không tồn tại Người thụ hưởng hoặc tất cả Người thụ hưởng không còn sống tại thời điểm Sản phẩm chính chấm dứt hiệu lực hoặc có sự khác biệt về đối tượng được nhận tiền theo quy tắc Điều khoản sản phẩm và quy định nêu trên, việc chi trả sẽ được áp dụng theo quy định tại Quy tắc điều khoản sản phẩm.

PHẦN 5. THÔNG TIN VỀ SỨC KHOẺ (LIÊN QUAN ĐẾN ĐỐI TƯỢNG ĐƯỢC BẢO HIỂM)

(Vui lòng cung cấp thông tin đầy đủ và trung thực)

I. Thông tin chung	Người được bảo hiểm	Bên mua bảo hiểm
1. Chiều cao:	.....cm	.....cm
2. Cân nặng:	.....kg	.....kg
3. Huyết áp:	...../.....mmHg <input type="checkbox"/> Không biết	...../.....mmHg <input type="checkbox"/> Không biết

Xin cho biết:	NĐBH		BMBH	
	Có	Không	Có	Không
4. Trong vòng 01 năm trở lại đây, bạn có gây sút cân hay tăng cân trên (>) 5kg không? Nếu có, xin cho biết tăng hay giảm bao nhiêu kilogram, lý do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bạn có hút trung bình trên (>) 10 điếu thuốc lá/ngày hoặc có sử dụng thuốc lào, xì gà, tẩu thuốc, thuốc lá nhai, thuốc lá điện tử, kẹo nicotin hoặc bất kỳ loại nào tương tự không? Nếu có, xin cho biết bạn dùng loại gì và lượng sử dụng mỗi ngày.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QR code

6. Bạn có sử dụng trung bình mỗi ngày trên (>) 50 ml rượu (tương đương khoảng 02 chén nhỏ) hoặc trên (>) 330 ml bia (tương đương khoảng 01 cốc hay 01 lon/chai bia) không? Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết loại rượu/bia và lượng sử dụng mỗi ngày.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bạn có đang được điều trị/chỉ định điều trị bằng bất kỳ loại thuốc nào không? Nếu có, xin cho biết loại thuốc, lý do sử dụng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bạn đã từng hoặc đang được điều trị/chỉ định điều trị bằng ít nhất một trong các phương pháp sau không: Điều trị hóa chất, xạ trị, liệu pháp miễn dịch, liệu pháp gen, liệu pháp tế bào gốc? Nếu có, xin cho biết nguyên nhân?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bạn đã từng hoặc đang sử dụng ma túy, chất kích thích hoặc bất kỳ chất gây nghiện nào khác không? Nếu có, xin cho biết chi tiết.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bạn có dự định hoặc đang tham gia các hoạt động nguy hiểm không? (nhảy dù, nhào lộn trên không, leo núi, đua xe ô tô/mô tô/xe đạp, đua ngựa, săn bắn, đấm bốc, lặn và các hoạt động thể thao, giải trí nguy hiểm tương tự khác). Nếu có, xin cho biết loại hình hoạt động.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. Thông tin chi tiết</b> (Với câu trả lời "CÓ", vui lòng cung cấp thông tin chi tiết: Chẩn đoán, thời điểm phát hiện, phương pháp điều trị, tình trạng hiện tại và gửi kèm giấy tờ y tế)				
<b>A/ Bạn đã từng phát hiện, được chẩn đoán (bao gồm chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ hoặc theo dõi) hoặc điều trị bất kỳ bệnh lý, dị tật, khuyết tật nào dưới đây không?</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
11. Bệnh về hệ tim mạch: Tăng huyết áp; Bệnh mạch vành (cơn đau thắt ngực, bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim); Rối loạn nhịp tim (nhịp không đều, nhịp nhanh, nhịp chậm, ngoại tâm thu, rung nhĩ, rung thất, Block nhĩ thất, hội chứng Brugada, hội chứng Wolff - Parkinson - White); Bệnh van tim (hẹp/hở/sa/rách van tim); Bệnh tim bẩm sinh, thông liên thất, thông liên nhĩ, thấp tim, suy tim, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, tràn dịch màng tim, bệnh cơ tim giãn, bệnh cơ tim hạn chế, bệnh cơ tim phì đại; Tăng áp động mạch phổi, tâm phế mạn; Phình/dị dạng/bóc tách/thuyên tắc/hẹp/huyết khối/xơ vữa mạch máu; Suy tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch; Đảo ngược phủ tạng (tim bên phải).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bệnh về hệ hô hấp: Suy hô hấp, lao phổi/lao màng phổi, xơ hoá phổi/xẹp phổi, thuyên tắc phổi, bụi phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen phế quản (suyễn), giãn phế quản/giãn phế nang, khí phế thũng, tràn dịch màng phổi/tràn khí màng phổi, kén khí phổi, phù phổi cấp, hội chứng ngưng thở khi ngủ, bệnh u hạt (sarcoidosis), dị dạng lồng ngực (bệnh ngực lõm, ngực ức gà, hở xương ức).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>13. Bệnh về hệ tiêu hóa, gan, mật, tụy:</p> <p>Viêm gan, xơ gan, suy gan, gan to, gan teo; Giãn tĩnh mạch thực quản; Hẹp/teo thực quản, thực quản Barrett; Sỏi tụy, viêm tụy, cổ trướng/tràn dịch màng bụng; Sỏi mật, teo đường mật, viêm/xuất huyết đường mật; Hẹp môn vị; Bệnh Crohn; Phình đại tràng bẩm sinh; Thoát vị hoành; Viêm/loét/xuất huyết/thủng ít nhất một trong các tạng: thực quản, dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, trực tràng.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>14. Bệnh về hệ tiết niệu, sinh dục:</p> <p>Sỏi tiết niệu (sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo); Viêm đường tiết niệu; Viêm cầu thận, viêm thận; Bệnh thận mạn tính, teo thận, suy thận, hội chứng thận hư, bệnh thận IgA, thận ứ nước; Dị tật/dị dạng đường tiết niệu; Phình/hẹp/xơ hóa động mạch thận, bệnh chủ mô thận, xẹp túy thận, vôi hóa thận, xơ hóa thận, nang thận/thận đa nang, thận hình móng ngựa, thận lạc chỗ, bất sản thận/có một thận bẩm sinh, phì đại tiền liệt tuyến (ở nam giới); Chửa trứng (ở nữ giới).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>15. Bệnh về hệ nội tiết, chuyển hóa:</p> <p>Bệnh tiểu đường (đái tháo đường), tăng đường huyết/rối loạn dung nạp đường huyết; Cường giáp, suy giáp (nhược giáp), viêm giáp; Cường cận giáp, suy cận giáp (nhược cận giáp); Cường/suy/tăng sản tuyến thượng thận, đái tháo nhạt; Hội chứng Cushing, u tuyến thượng thận, u tuyến yên, cường/suy tuyến yên, u tuyến tùng, cường Aldosteron; Rối loạn mỡ máu; Gout (bệnh gút); Rối loạn chuyển hóa; Phì đại tuyến ức.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>16. Bệnh tự miễn, bệnh hệ thống, bệnh da liễu, bệnh cơ xương khớp:</p> <p>Hồng ban nút, Lupus ban đỏ, bệnh Kawasaki, vẩy nến, bệnh vẩy cá, bệnh bong nước, bạch tạng, bạch biến, bạch sản, phong (hủi), viêm da cơ, viêm đa cơ, viêm mạch máu, loạn dưỡng cơ, xơ cứng bì, đa xơ cứng, xơ cứng rải rác, nhược cơ; Viêm khớp, thấp khớp, viêm cột sống dính khớp, thoát vị đĩa đệm, loãng xương.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>17. Bệnh về hệ tâm thần:</p> <p>Suy nhược thần kinh, rối loạn nhân cách, rối loạn cảm xúc/hành vi, rối loạn lo âu, rối loạn tâm thần, loạn thần, trầm cảm, rối loạn dạng cơ thể, tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực, rối loạn hoang tưởng, tăng động giảm chú ý, tự kỷ.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>18. Bệnh về hệ thần kinh:</p> <p>Đau nửa đầu (Migraine), động kinh, viêm não, viêm màng não, đột quỵ (tai biến mạch máu não, nhồi máu não, xuất huyết não), cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA), bại não, não úng thủy, rò dịch não tủy, bệnh Alzheimer (sa sút trí tuệ), bệnh Parkinson (liệt rung), múa giật, loạn trương lực cơ, dị dạng mạch não, teo não, nhũn não, thoái hóa não; viêm tuỷ sống, nhồi máu/xuất huyết tuỷ sống, viêm dây thần kinh, hẹp ống sống, rỗng tuỷ sống, dị tật tuỷ sống bị tách đôi.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QR code

19. Lách, bệnh về máu và hệ tạo máu: Lách to, tăng/giảm tiểu cầu, tăng/giảm bạch cầu, tăng hồng cầu/đa hồng cầu, suy tủy (nhược tủy, bất sản tủy, giảm sản tủy), bệnh bạch cầu cấp/mạn (Leukemia), bệnh ưa chảy máu (Hemophilia), thiếu máu, bệnh tan máu bẩm sinh (Thalassemia), rối loạn đông máu, thiếu hụt yếu tố đông máu, ung thư máu, ung thư hạch/u lympho (Lymphoma Hodgkin/non-Hodgkin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bệnh về mắt – tai mũi họng: Song thị (nhìn đôi), sụp mi, rung giật nhãn cầu, Glaucoma (tăng nhãn áp, thiên đầu thống), đục thủy tinh thể, cườm mắt, xuất huyết võng mạc, bong võng mạc, thoái hóa võng mạc, teo gai thị, viêm thị thần kinh, viêm/loét giác mạc, viêm màng bồ đào, viêm tai giữa, viêm tai xương chũm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bệnh truyền nhiễm, bệnh lây nhiễm: Bệnh lao, bệnh dại, bệnh sốt rét, bệnh bại liệt, nhiễm HIV (virus gây suy giảm miễn dịch ở người)/phơi nhiễm HIV, AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải), lậu, giang mai, herpes, sùi mào gà.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bệnh ung thư, khối u, bướu, hạch, polyp, nhân, nhân xơ, nang, tăng sinh, loạn sản, u quái ở bất kỳ cơ quan/nội tạng nào.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dị tật/khuyết tật/mất khả năng hoạt động bộ phận của cơ thể do bẩm sinh hoặc do mắc phải (tai nạn, sau phẫu thuật, nhiễm độc hóa chất): - Khuyết tật thân thể, tứ chi, khuyết tật vận động; - Suy giảm các giác quan: khiếm thị/mù, khiếm thính/điếc; khuyết tật về nói/cảm; không nhận biết được mùi vị; - Khuyết tật tâm lý (tâm thần), chậm phát triển tâm thần, bại não, thiếu năng trí tuệ, hội chứng Down (bệnh Đào).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ngoài các bệnh lý/dị tật/khuyết tật nêu trên, bạn có bao giờ phát hiện, được chẩn đoán (bao gồm chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ hoặc theo dõi) hoặc điều trị bất cứ bệnh lý/dị tật/khuyết tật nào khác không? Nếu có vui lòng ghi chi tiết.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B/ Câu hỏi bổ sung</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
25. Trong 3 năm vừa qua, bạn đã bao giờ phải nằm viện điều trị hoặc đi khám/kiểm tra sức khỏe hay thực hiện bất kỳ xét nghiệm/kỹ thuật chẩn đoán nào sau đây không: Xét nghiệm máu/nước tiểu, phết tế bào âm đạo - cổ tử cung (PAP smear) (ở nữ giới), điện tâm đồ, siêu âm, nội soi, sinh thiết, chụp Xquang, CT-scan, MRI, chụp mạch máu hay xét nghiệm/kỹ thuật chẩn đoán khác? Cho biết lý do thăm khám/điều trị và kết quả?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Trong 3 năm vừa qua, bạn đã từng có bất kỳ dấu hiệu/triệu chứng nào như: đau ngực, ngất, khó thở, ho ra máu, nuốt nghẹn, vàng da, cổ trướng, nôn ra máu, đi ngoài ra máu, tiểu ra máu, tiểu không tự chủ, ra máu âm đạo bất thường (ở nữ giới), phù; đau đầu kéo dài trên 14 ngày, suy giảm trí nhớ, mất trí nhớ, co giật, liệt, yếu cơ, teo cơ, hôn mê, xuất huyết dưới da, nổi ban, nổi hạch/khối u/bướu trên cơ thể; hoặc các dấu hiệu/triệu chứng bất thường khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QR code

27. Bạn đã từng đi giám định Y khoa (giám định sức khỏe) chưa? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: - Giám định tại Hội đồng Giám định Y khoa nào? - Năm giám định? - Tỷ lệ tổn thương cơ thể là bao nhiêu phần trăm (%)? - Do các tình trạng bệnh/thương tật nào gây ra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Bạn đã bao giờ được can thiệp tim mạch; cắt/ghép/hiến tạng; phẫu thuật tại bất kỳ cơ quan/bộ phận nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bạn đã từng bị nhiễm chất độc (phóng xạ/chất độc da cam/thuốc trừ sâu/thủy ngân/thạch tín/chì/amiăng/hoặc chất độc khác); hay đã từng bị tai nạn/chấn thương như chấn thương sọ não, chấn thương hàm mặt, chấn thương ngực (tim, phổi), chấn thương ổ bụng (gan/tụy/lách/thận/bàng quang), chấn thương cột sống, gãy/vỡ xương đùi, gãy/vỡ xương chậu bao giờ chưa? Có di chứng/biến chứng gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Bạn có đang được chỉ định nhập viện/phẫu thuật hoặc dự kiến nhập viện/phẫu thuật (do bệnh lý/thương tật/dị tật) trong 12 tháng tới không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Bạn đã từng sử dụng liệu pháp hormone/phẫu thuật để chuyển đổi giới tính không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Trong gia đình bạn (chồng/vợ, cha/mẹ đẻ, anh/chị/em ruột, con) có ai đã từng hoặc đang bị: Viêm gan, lao, nhiễm HIV/AIDS, bệnh lây nhiễm, bệnh hệ thống, bệnh di truyền, bệnh tâm thần, bệnh thần kinh, dị tật bẩm sinh; nhiễm/di chứng của chất độc da cam không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C/ Câu hỏi dành riêng cho phụ nữ và trẻ em</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
33. Câu hỏi thêm đối với phụ nữ: Bạn có đang mang thai không? Nếu có, đây là lần mang thai thứ mấy? Ngày dự sinh? Có bất thường gì trong các lần thai sản không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Câu hỏi thêm đối với trẻ em (dưới 16 tuổi): Trẻ có bị bệnh (bệnh về tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, thận - tiết niệu), hoặc có dị tật/khuyết tật sau khi sinh không? Trẻ có bị còi xương, suy dinh dưỡng hoặc có bất kỳ biểu hiện nào của sự chậm phát triển về tâm thần, vận động, chậm nói, tự kỷ, tăng động, giảm chú ý không? Nếu có, xin cho biết biểu hiện cụ thể. Trẻ có sinh non hay không? Nếu có sinh non, ghi rõ cân nặng và số tuần tuổi thai khi sinh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nội dung chi tiết câu hỏi trả lời “CÓ”:**

.....

## PHẦN 6. CÁC THÔNG TIN KHÁC

1. Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm có đang yêu cầu bảo hiểm hoặc đã có hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm sức khỏe nào khác không? ☐ Có ☐ Không





QR code

Nếu có, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết vào bảng dưới đây:

Tên Người được bảo hiểm	Doanh nghiệp bảo hiểm	Tên sản phẩm bảo hiểm	Tổng số Hợp đồng	Tổng Số tiền bảo hiểm (đồng)

2. Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm có bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm sức khỏe bị: áp phí phụ trội, áp dụng loại trừ bảo hiểm bổ sung, từ chối, trì hoãn bảo hiểm, hoặc có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không? ☐ Có ☐ Không  
Nếu có, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết (như: Tên doanh nghiệp bảo hiểm, lý do, ...)  
.....  
.....
3. Có bên thứ ba nào (ngoài Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng theo yêu cầu bảo hiểm này) sẽ đóng phí bảo hiểm, có quyền chi phối việc giao kết và thực hiện hợp đồng hoặc nhận quyền lợi từ hợp đồng bảo hiểm này không? ☐ Có ☐ Không  
Với câu trả lời là "CÓ", vui lòng cung cấp thêm thông tin chi tiết theo mẫu quy định của Bảo Việt Nhân thọ.
4. Có Bên mua bảo hiểm/ Người thụ hưởng theo yêu cầu bảo hiểm này/ Bên thứ ba nào trong câu hỏi số 3 nêu trên (nếu có) đã hoặc đang là cá nhân nước ngoài giữ chức vụ cấp cao trong các cơ quan, tổ chức của nước ngoài và tổ chức quốc tế hay không? ☐ Có ☐ Không  
Với câu trả lời là "CÓ", vui lòng cung cấp thêm thông tin chi tiết theo mẫu quy định của Bảo Việt Nhân thọ.

**PHẦN 7. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM**

(Chỉ kê khai khi NĐBH dưới 18 tuổi và BMBH không đồng thời là bố/mẹ/Người giám hộ hợp pháp của NĐBH)

1. Họ và tên:
2. Ngày sinh: 3. Giới tính:
4. Số CCCD/Căn cước/HC: Ngày cấp:
- Nơi cấp:
5. Số định danh cá nhân:
6. Địa chỉ thường trú:
- 7.ĐT di động:
8. Email:
9. Quan hệ với Người được bảo hiểm:





QR code

**PHẦN 8. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN (xin vui lòng đọc thật kỹ trước khi ký tên)**

Bằng việc ký/xác nhận tại Giấy yêu cầu bảo hiểm này, Tôi/Chúng tôi (Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) xác nhận:

**1.** Tôi/Chúng tôi hiện đang cư trú tại Việt Nam, giao kết Hợp đồng bảo hiểm trong trạng thái hoàn toàn tự nguyện, minh mẫn, nhận thức rõ và làm chủ được hành vi của bản thân. Tôi/Chúng tôi đã được cung cấp thông tin, được giải thích rõ ràng, đầy đủ và hiểu rõ nội dung (i) Giấy yêu cầu bảo hiểm này, Tài liệu Minh họa Hợp đồng bảo hiểm và các mẫu biểu có liên quan khác; (ii) các Quy tắc, Điều khoản bảo hiểm, quyền lợi sản phẩm bảo hiểm, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, các đặc thù của sản phẩm lựa chọn, các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, các loại phí, chi phí và phương thức phân bổ, khấu trừ phí; (iii) chính sách và mục tiêu đầu tư của Quỹ liên kết chung (áp dụng với sản phẩm Bảo hiểm liên kết chung) hoặc các Quỹ liên kết đơn vị (áp dụng với sản phẩm Bảo hiểm liên kết đơn vị). Tôi/Chúng tôi đã hiểu và chấp nhận các rủi ro trong đầu tư liên quan, đồng thời xác nhận rằng mọi khoản tiền dùng để đóng Phí bảo hiểm không có nguồn gốc từ hoạt động vi phạm pháp luật phòng chống rửa tiền của Việt Nam.

**2.** Tôi/Chúng tôi cam kết những nội dung được kê khai, cung cấp tại Giấy yêu cầu bảo hiểm này và các thông tin khác liên quan đến hợp đồng bảo hiểm mà Tôi/Chúng tôi cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ, bác sỹ hoặc bên thứ ba do Bảo Việt Nhân thọ chỉ định là đầy đủ và trung thực và là cơ sở để Bảo Việt Nhân thọ đánh giá rủi ro, chấp nhận bảo hiểm. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng việc thẩm định, kiểm tra sức khỏe (nếu có) của Bảo Việt Nhân thọ không thay thế cho nghĩa vụ cung cấp thông tin trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Tôi/Chúng tôi hiểu và chấp thuận rằng việc vi phạm nghĩa vụ này có thể dẫn tới Hợp đồng bảo hiểm bị xử lý theo các quy định của Hợp đồng bảo hiểm.

**3.** Tôi/Chúng tôi đồng ý ủy quyền cho Bảo Việt Nhân thọ và Người lao động, Nhân viên của Bảo Việt Nhân thọ được liên hệ để yêu cầu cung cấp tài liệu, hồ sơ bệnh án, thông tin sức khỏe, y tế của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm và đồng ý để các bác sỹ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức, cá nhân khác được cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ, Người lao động, Nhân viên của Bảo Việt Nhân thọ và/hoặc Bên thứ ba do Bảo Việt Nhân thọ chỉ định tất cả tài liệu, hồ sơ bệnh án và tất cả thông tin sức khỏe, y tế khác có liên quan đến Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm nhằm đảm bảo cho việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, đảm bảo cho việc xử lý dữ liệu cá nhân của Tôi/Chúng tôi theo quy định pháp luật.

**4.** Tôi/Chúng tôi đồng ý cho Bảo Việt Nhân thọ liên lạc với Tôi/Chúng tôi bằng hình thức tin nhắn, thư điện tử, gọi điện thoại nhằm mục đích thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, chăm sóc khách hàng, giới thiệu về Bảo Việt Nhân thọ.

**5.** Tôi/Chúng tôi đồng ý để Bảo Việt Nhân thọ gửi thông tin về Tên đăng nhập, Mật khẩu của tài khoản giao dịch điện tử MyBVLIFE tới số điện thoại, thư điện tử nêu tại Giấy Yêu cầu bảo hiểm này. Tôi/Chúng tôi cam kết bảo mật thông tin Tên đăng nhập, Mật khẩu của tài khoản MyBVLIFE và có trách nhiệm thông báo cho Bảo Việt Nhân thọ khi Tên đăng nhập, Mật khẩu đó không còn thuộc sự bảo mật của Tôi/Chúng tôi. Trừ trường hợp bất khả kháng theo quy định pháp luật, Tôi/Chúng tôi chịu trách nhiệm pháp lý về bất cứ hành động cập nhật thông tin, yêu cầu, xác nhận nào được gửi tới Bảo Việt Nhân thọ từ tài khoản MyBVLIFE nêu trên hoặc từ số điện thoại, địa chỉ thư điện tử nêu tại Giấy Yêu cầu bảo hiểm này (bao gồm cả việc nhận và gửi mật khẩu sử dụng một lần – OTP). Mọi thông tin, tài liệu được Bảo Việt Nhân thọ gửi thành công tới số điện thoại, địa chỉ thư điện tử nêu tại Giấy Yêu cầu bảo hiểm này và tài khoản MyBVLIFE được coi như Tôi/Chúng tôi đã nhận được. Tôi/Chúng tôi đồng ý các quy định nêu trên cũng được áp dụng với số điện thoại, địa chỉ thư điện tử mà Tôi/Chúng tôi thay đổi và thông báo tới Bảo Việt Nhân thọ trong thời gian yêu cầu bảo hiểm hoặc khi Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực.

**6.** Việc Tôi/Chúng tôi thực hiện xác thực bằng các biện pháp sinh trắc học hay xác nhận bằng mật khẩu sử dụng một lần (mã OTP) hoặc bất kỳ hình thức nào phù hợp với quy định pháp luật hiện hành đối với Giấy yêu cầu bảo hiểm này hoặc bất kỳ tài liệu nào khác mà Tôi/Chúng tôi tạo ra, gửi tới Bảo Việt Nhân thọ đều có giá

QR code

Số GYCBH:



trị xác nhận sự chấp thuận của Tôi/Chúng tôi với nội dung tài liệu đó. Khi thực hiện biện pháp xác thực nêu trên, Tôi/Chúng tôi là người chỉ định và là người duy nhất kiểm soát hệ thống thông tin để thực hiện xác thực.

**7.** Tôi/Chúng tôi xác nhận giấy tờ tùy thân đã cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ là bản mới nhất. Trong trường hợp có sự khác biệt và/hoặc nhầm lẫn giữa thông tin mà Tôi/Chúng tôi kê khai, cung cấp tại Giấy yêu cầu bảo hiểm này so với giấy tờ tùy thân mà Tôi/Chúng tôi đã cung cấp thì các thông tin trên giấy tờ tùy thân là đúng. Tôi/Chúng tôi đồng ý việc Bảo Việt Nhân thọ có quyền sử dụng thông tin trên giấy tờ tùy thân để đánh giá rủi ro, phát hành hợp đồng và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm nhưng không có nghĩa vụ chỉnh sửa và/hoặc cập nhật lại các thông tin đã kê khai, cung cấp tại Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

**Thông tin khách hàng cần biết:** Sau khi Giấy yêu cầu bảo hiểm này được hoàn tất và Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng được đóng đầy đủ, Bảo Việt Nhân Thọ sẽ cung cấp quyền lợi bảo hiểm tạm thời theo phạm vi và thời hạn bảo hiểm tạm thời quy định cụ thể tại Quy tắc, Điều khoản của từng Sản phẩm (nếu có).

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

**Người được bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm** (nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi)

(Ký, ghi rõ họ tên)

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

**Bên mua bảo hiểm**

(Ký, ghi rõ họ tên)

Chữ ký 1	Chữ ký 2 (giống chữ ký 1)	Chữ ký 1	Chữ ký 2 (giống chữ ký 1)
Họ và tên: .....		Họ và tên: .....	
Ký xác thực eKYC ngày dd/mm/yyyy hh:mm:ss Nơi ký: Việt Nam		Ký xác thực eKYC ngày dd/mm/yyyy hh:mm:ss Nơi ký: Việt Nam	
Họ và tên: .....		Họ và tên: .....	

....., ngày ..... tháng ..... năm .....	
<b>Tư vấn viên 1</b> (Ký, ghi rõ họ tên)	<b>Tư vấn viên 2 (nếu có)</b> (Ký, ghi rõ họ tên)
Họ và tên: .....	Họ và tên: .....
Mã số: .....	Mã số: .....
Nhóm: .....	Nhóm: .....
Ban: .....	Ban: .....

**TỔNG CÔNG TY BẢO VIỆT NHÂN THỌ**

**Trụ sở chính:** Tầng 37, Keangnam Hanoi Landmark Tower, Đường Phạm Hùng, Phường Yên Hòa, TP. Hà Nội

**Tổng đài:** 18006966 nhánh 1/\*1166/1900558899 nhánh 4 | **Fax:** (024) 3577 0958

QR code

Số GYCBH:



**Email:** baovietnhantho@baoviet.com.vn | **Website:** <http://baovietnhantho.com.vn>

Tài liệu mẫu