

Số hợp đồng:		Mã văn phòng:	
Họ tên Tư vấn tài chính khai thác 1:		Mã số:	Điện thoại:
Họ tên Tư vấn tài chính khai thác 2:		Mã số:	Điện thoại:
Họ tên Tư vấn tài chính giới thiệu:		Mã số:	Điện thoại:

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN:	BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH) <i>(Trả lời nếu khác BMBH)</i>
-----------------------	-------------------------	--

Họ và tên <i>(viết chữ IN HOA)</i> : <i>(Cá nhân và Doanh nghiệp/Tổ chức)</i>		
Ngày tháng năm sinh:	Tuổi:	Tuổi:
Giới tính:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quốc tịch:
Số CC/CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh/ Giấy phép kinh doanh:		
Ngày cấp:	Nơi cấp:	Nơi cấp:
Tình trạng hôn nhân:	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa
Địa chỉ thường trú:		
Số nhà, tên đường:		
Phường/Xã/Thị trấn:		
Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:		
Địa chỉ liên lạc <i>(nếu khác địa chỉ trên)</i> :		
Số nhà, tên đường:		
Phường/Xã/Thị trấn:		
Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:		
Số điện thoại di động liên hệ thường xuyên (*):		
Số điện thoại di động liên hệ dự phòng:		
Địa chỉ email:		
Nghề nghiệp/Chức vụ:		
Chi tiết công việc/Học lớp:		
Tên Công ty/Trường học:		
Thu nhập bình quân hàng năm <i>(đồng)</i> :		
Thông tin nhận thanh toán của BMBH <i>(Được sử dụng để thực hiện thanh toán, nếu có, liên quan đến HSYCBH/Hợp đồng bảo hiểm)</i>	<input type="checkbox"/> Chuyển khoản nhận bằng Tài khoản tại Ngân hàng	
	Số tài khoản:	Tên tài khoản:
	Tên ngân hàng:	Chi nhánh:
	P. Giao dịch:	Tỉnh/Thành phố:
	<input type="checkbox"/> Chuyển khoản nhận bằng tiền mặt tại Ngân hàng	
	Tên ngân hàng:	Chi nhánh:
P. Giao dịch:	Địa chỉ chi nhánh/phòng giao dịch:	
Quan hệ giữa NDBH với BMBH:	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/mẹ ruột <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác <i>(ghi rõ)</i> :	

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG:

Để việc chi trả quyền lợi bảo hiểm được thực hiện nhanh chóng và nhằm mục đích tránh tranh chấp sau này, Bên mua bảo hiểm cần chỉ định Người thụ hưởng là người có mối quan hệ bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Người thụ hưởng sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm. Vui lòng tham khảo quy định về việc chỉ định Người thụ hưởng tại: <https://www.hanwhalife.com.vn/vi/business-insurance>.

Họ và tên <i>(viết chữ IN HOA)</i>	Giới tính	Ngày tháng năm sinh	Số CCCD/Hộ chiếu/ Khai sinh	Quan hệ với NDBH	Tỷ lệ % thụ hưởng

Định kỳ đóng phí:	<input type="checkbox"/> Năm	<input type="checkbox"/> Nửa năm	<input type="checkbox"/> Quý	<input type="checkbox"/> Tháng	<input type="checkbox"/> Đơn kỳ
Họ tên Bên mua bảo hiểm	Chữ ký của Bên mua bảo hiểm			Ngày tháng năm ký	
...../...../.....	

B. THÔNG TIN SẢN PHẨM BẢO HIỂM: Vui lòng điền thông tin vào sản phẩm bảo hiểm yêu cầu mua dưới đây:

LIFE FUND: D - SỐNG THỎA CHẤT Lựa chọn Cơ bản Lựa chọn Nâng cao
 Sử dụng Giá trị tài khoản hợp đồng đóng phí bảo hiểm cho tất cả sản phẩm bảo hiểm tham gia thêm sau Thời hạn đóng phí bắt buộc (**): Đồng ý Không đồng ý
 Tỷ lệ đầu tư vào các Quỹ liên kết đơn vị (Lưu ý: Tổng tỷ lệ các quỹ phải bằng 100%):
 Quỹ Tăng trưởng chiến lược % Quỹ Tăng trưởng % Quỹ Cổ phiếu hàng đầu % Quỹ Bền vững %
 Quỹ..... % *LIFE FUN:D - SỐNG THỎA CHẤT hoặc sản phẩm bảo hiểm Liên kết đơn vị LIFE FUN:D - SỐNG THỎA CHẤT: là tên gọi khác của Sản Phẩm Bảo Hiểm Liên Kết Đơn Vị.*

AN KHANG TÀI LỘC Lựa chọn 1 Lựa chọn 2 Lựa chọn 3
 Sử dụng Giá trị tài khoản hợp đồng đóng phí bảo hiểm cho tất cả sản phẩm bảo hiểm tham gia thêm sau Thời hạn đóng phí bắt buộc (**): Đồng ý Không đồng ý
An Khang Tài Lộc hoặc sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung An Khang Tài Lộc: là tên gọi khác của Sản Phẩm Bảo Hiểm Liên Kết Chung Với Quyền Lợi Bảo Vệ Nâng Cao.

AN SINH TÍCH LŨY NGẮN HẠN
 Sử dụng Giá trị hoàn lại để đóng phí tiếp tục duy trì hiệu lực hợp đồng bảo hiểm: Đồng ý Không đồng ý

HANWHA LIFE - TÔI CHỌN AN YÊN KẾ HOẠCH AN: Lựa chọn Cơ bản Lựa chọn Nâng cao
 - Sử dụng Giá trị tài khoản hợp đồng đóng phí bảo hiểm cho tất cả sản phẩm bảo hiểm tham gia thêm sau Thời hạn đóng phí bắt buộc (**): KẾ HOẠCH YÊN: Lựa chọn Cơ bản Lựa chọn Nâng cao
 Đồng ý Không đồng ý
 - Sử dụng Giá trị tài khoản đóng thêm để đóng phí bảo hiểm trong Thời hạn đóng bắt buộc: Đồng ý Không đồng ý
*- Hanwha Life - Tôi Chọn An Yên (Kế Hoạch An) hoặc sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung Hanwha Life - Tôi Chọn An Yên (Kế Hoạch An): là tên gọi khác của Sản Phẩm Bảo Hiểm Liên Kết Chung 2020 - Kế Hoạch Tai Nạn.
 - Hanwha Life - Tôi Chọn An Yên (Kế Hoạch Yên) hoặc sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung Hanwha Life - Tôi Chọn An Yên (Kế Hoạch Yên): là tên gọi khác của Sản Phẩm Bảo Hiểm Liên Kết Chung 2020 - Kế Hoạch Bệnh Hiểm Nghèo.*

HANWHA LIFE - NGƯỜI BẠN ĐỒNG HÀNH Lựa chọn Sẻ chia Lựa chọn Vượt khó

HANWHA LIFE - AN TÂM HỌC VẤN Lựa chọn Đại học Lựa chọn Cao học
 Sử dụng Giá trị hoàn lại để đóng phí tiếp tục duy trì hiệu lực hợp đồng bảo hiểm: Đồng ý Không đồng ý

Số tiền bảo hiểm (đồng):	Thời hạn bảo hiểm (năm):		Thời hạn đóng phí (năm):	
	BÊN MUA BẢO HIỂM		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	
	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Mọi rủi ro do Tai nạn				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Rủi ro do Tai nạn Nâng cao				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tử kỳ				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo Mở rộng				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ viện phí và Phẫu thuật Mở rộng				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ Viện phí Toàn cầu				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Đồng hành Điều trị Ung thư <input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm cơ bản <input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm Nâng cao				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Thanh toán Chi phí Điều trị Thực tế do Ung thư				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ Viện phí do Ung thư				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Điều trị Nội trú (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Điều trị Ngoại trú (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Chăm sóc Nha khoa (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Chăm sóc Thai sản (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Miễn đóng phí Bảo hiểm do Ung thư				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Miễn đóng phí Bảo hiểm Nâng cao 2018 - Lựa chọn 1				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Miễn đóng phí bảo hiểm nâng cao 2018 - Lựa chọn 2				
<input type="checkbox"/>				

Họ tên Bên mua bảo hiểm Chữ ký của Bên mua bảo hiểm Ngày tháng năm ký

Lưu ý: Không tẩy xóa khi điền Giấy yêu cầu bảo hiểm
 (**): Tôi hiểu và đồng ý rằng (các) sản phẩm bảo hiểm tham gia thêm chỉ được sử dụng Giá trị tài khoản Hợp đồng để đóng phí khi và chỉ khi: (i) Giá trị tài khoản đủ để chi trả cho tất cả (các) sản phẩm bảo hiểm tham gia thêm; và (ii) số dư Giá trị tài khoản sau khi khấu trừ Phí bảo hiểm của (các) sản phẩm bảo hiểm tham gia thêm phải lớn hơn hoặc bằng Phí bảo hiểm cơ bản hàng năm của năm hợp đồng hiện tại.

Tổng phí bảo hiểm định kỳ (đồng):	Phương thức thanh toán:			
	<input type="checkbox"/> Thẻ ATM nội địa	<input type="checkbox"/> Thẻ tín dụng/ghi nợ	<input type="checkbox"/> Ví điện tử	<input type="checkbox"/> QR code
	<input type="checkbox"/> Nhận chuyển phí từ Hợp đồng khác	<input type="checkbox"/> Thu hộ tại quầy	<input type="checkbox"/> Máy POS	
	<input type="checkbox"/> Tiền mặt	Số phiếu thu điện tử:	Ngày thu:	
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	Ngân hàng:	Ngày chuyển:		

C. THÔNG TIN TỔNG QUÁT:		BMBH		NĐBH	
		Không	Có	Không	Có
<p>1. Ông/Bà có là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các dấu hiệu Hoa Kỳ sau: (i) hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ, (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ, (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ? Nếu có, vui lòng hoàn tất và nộp kèm các biểu mẫu theo Đạo luật tuân thủ Thuế đối với tài khoản nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA): W-8BEN hoặc W-8BEN-E hoặc W-9.</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Ngoài yêu cầu bảo hiểm này, Ông/Bà có đang được bảo hiểm hoặc đã hay đang yêu cầu bảo hiểm ở các công ty bảo hiểm nhân thọ, kể cả Hanwha Life Việt Nam hay không?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Nếu có, trong các yêu cầu bảo hiểm nêu trên, có yêu cầu nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối, hoặc đã hay đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không? Nếu có, xin cho biết chi tiết:</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Số hồ sơ/Số hợp đồng	Tên công ty bảo hiểm	Điều kiện bảo hiểm (phí chuẩn, tăng phí...)		Yêu cầu chi trả quyền lợi
BMBH					
NĐBH					
<p>4. Ông/Bà có tham gia hoặc dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm như lặn với bình khí nén, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn,... không?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Ông/Bà đã từng hoặc đang sử dụng ma túy hoặc chất gây nghiện không? Nếu có, xin cho biết loại (tên) ma túy/chất gây nghiện, thời gian sử dụng, thời điểm ngưng sử dụng gần nhất, đã từng cai nghiện (số lần cai nghiện)? </p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Ông/Bà đã từng phải thi hành án hình sự hoặc đang trong thời gian thi hành án hình sự, hoặc trong thời gian bị áp dụng các biện pháp ngăn chặn về hình sự theo quyết định của (các) Cơ quan có thẩm quyền? Nếu có, vui lòng cung cấp chi tiết về thời gian thi hành án, loại án, lý do thi hành án và bản sao (các) bản án, quyết định có liên quan:..... </p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Có ai trong số cha/mẹ, anh/chị/em ruột của Ông/Bà bị bệnh hoặc chết vì ung thư, tim mạch, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh thận, bệnh tâm thần, bệnh về máu hay các bệnh di truyền khác không? Nếu có xin cho biết chi tiết:</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quan hệ gia đình	Triệu chứng/bệnh lý		Tuổi	
	Cha/mẹ	Anh/chị/em		Khi còn sống	Lúc qua đời
BMBH					
NĐBH					

D. THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE:		BMBH		NĐBH	
		Không	Có	Không	Có
		Chiều cao: Cm		Cm	
		Cân nặng: Kg		Kg	
<p>1. Ông/Bà đã và/hoặc đang hút thuốc lá không?</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Ông/Bà đã và/hoặc đang sử dụng rượu, bia không? Nếu có, xin cho biết chi tiết:</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Thuốc lá	Rượu	Bia		
	<i>Số điếu hút 1 ngày và số năm hút</i>	<i>Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần</i>	<i>Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần</i>		
BMBH					
NĐBH					
Họ tên Bên mua bảo hiểm		Chữ ký của Bên mua bảo hiểm		Ngày tháng năm ký	
.....	/...../.....	

		BMBH		NĐBH	
		Không	Có	Không	Có
3. Ông/Bà có giảm cân trong 03 tháng qua không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, xin cho biết giảm bao nhiêu kg và lý do:.....					
4. Hiện tại, Ông/Bà có dùng thuốc điều trị gì không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, xin cho biết điều trị bệnh gì và đính kèm giấy tờ liên quan:.....					
5. Trong 03 năm vừa qua, Ông/Bà có khám bệnh hay điều trị bệnh ở bệnh viện, cơ sở y tế hay bác sĩ nào không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, xin cho biết chi tiết và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan:					
	Thời điểm	Triệu chứng	Chẩn đoán và thời gian điều trị		Tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế
BMBH					
NĐBH					
Ngoài thông tin đã kê khai tại câu hỏi số 5-Mục D, vào bất kể thời gian nào, Ông/Bà đã từng có dấu hiệu, triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:					
6. Đau ngực, khó thở, tăng mỡ máu, âm thổi ở tim, rối loạn nhịp tim, bệnh tim bẩm sinh, cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh van tim, các triệu chứng hay bệnh tim mạch khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ho kéo dài trên 1 tháng, ho ra máu, khó thở, khàn giọng, khó phát âm, hen suyễn, viêm phổi, lao, khí phế thũng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), các triệu chứng hay bệnh hô hấp khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vàng da, ói ra máu, đi tiêu ra máu, nuốt khó, nuốt nghẹn, gan to, lách to, viêm gan, nhiễm siêu vi viêm gan B, nhiễm siêu vi viêm gan C, xơ gan, ung thư gan, sỏi mật, bệnh lý túi mật, viêm loét dạ dày - tá tràng, viêm đại tràng, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, bệnh trĩ, các triệu chứng hay bệnh tiêu hóa khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Động kinh, co giật, đau đầu kéo dài, hoa mắt, chóng mặt, rối loạn tiền đình, thiếu năng tuần hoàn não, ngất, suy nhược thần kinh, bại não, tai biến mạch máu não (đột quỵ), liệt, yếu chi, thiếu máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, Parkinson, Alzheimer, các triệu chứng hay bệnh thần kinh khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tâm thần phân liệt, trầm cảm, mất nhận thức, các triệu chứng hay bệnh tâm thần khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Phù, đau lưng, tiểu buốt, tiểu ra máu, tiểu đạm, suy thận, thận mỡ, thận đa nang, viêm cầu thận, sạn thận, hội chứng thận hư, các triệu chứng hay bệnh khác ở thận, bàng quang, tiền liệt tuyến và cơ quan sinh dục?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Đái tháo đường (bệnh tiểu đường), bursơ cổ, cường giáp, suy giáp, các triệu chứng hay bệnh nội tiết khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Truyền máu, bệnh về máu như bệnh bạch cầu, thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu, chảy máu cam, xuất huyết dưới da, các triệu chứng hay bệnh về máu/hệ bạch huyết khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cụt tay, cụt chân, sốt bại liệt, nhược cơ, teo cơ, đau khớp, sốt thấp khớp, viêm khớp, đau thần kinh tọa, Gout, các triệu chứng hay bệnh cơ - xương - khớp khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lupus ban đỏ, bệnh hệ thống, vẩy nến, các triệu chứng hay bệnh da liễu khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. U, nang, polyp, ung thư ở bất kỳ cơ quan/nội tạng nào; nốt hạch ở cổ, vú, nách, bẹn hay các nơi khác trên cơ thể?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Chảy mù tai, ù tai, lãng tai, viêm tai, viêm tai giữa, giảm thính lực, điếc, cảm, nhìn đôi, giảm thị lực, mù, mắt lồi, mắt giả, các triệu chứng hay bệnh tai - mắt - mũi - họng khác?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Họ tên Bên mua bảo hiểm		Chữ ký của Bên mua bảo hiểm		Ngày tháng năm ký	
.....	/...../.....	
Lưu ý : Không tẩy xóa khi điền Giấy yêu cầu bảo hiểm.					

Ngoài thông tin đã kê khai tại câu hỏi số 5-Mục D, vào bất kể thời gian nào, Ông/Bà đã từng có dấu hiệu, triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:		BMBH		NĐBH	
		Không	Có	Không	Có
18. Ông/Bà có bị dị tật nào không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ông/Bà có bị tai nạn bao giờ không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sau đó, có để lại thương tật nào không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ông/Bà đã từng bị phẫu thuật ở đầu, ngực, bụng hay các nơi khác trên cơ thể không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ông/Bà đã từng được thực hiện xét nghiệm nào không? (thử nước tiểu, thử máu, chụp X quang, siêu âm, điện tim, nội soi, sinh thiết, chụp cắt lớp (CT), phết tế bào cổ tử cung (Pap smear), MRI, PET, SPECT, Fibroscan, chụp nhũ ảnh, ...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kết quả có bất thường không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ông/Bà hay vợ chồng của Ông/Bà đã bao giờ được chẩn đoán, điều trị về HIV/AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường sinh dục (lậu, giang mai,...) không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ông/Bà đã từng có triệu chứng hay mắc phải bệnh nào khác ngoài các triệu chứng và bệnh kể trên không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Câu hỏi dành cho Nữ giới: Bà/Cô đã từng bị xuất huyết bất thường ở âm đạo không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bà/Cô có đang mang thai không ? Nếu có, cho biết ngày dự sinh:...../...../.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Câu hỏi dành cho Trẻ em:					
Cân nặng lúc sinh:.....Kg. Trẻ có sinh non không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị chậm phát triển tâm thần hay vận động không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có anh chị em song sinh không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, tình trạng sức khỏe của anh chị em song sinh có bất thường không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Số anh chị em ruột hiện có:					
THÔNG TIN CHI TIẾT: (Nếu trả lời CÓ cho các câu hỏi trên, vui lòng điền thông tin chi tiết vào bảng bên dưới và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan)					
BMBH	Câu số	Chi tiết (thời gian, triệu chứng, chẩn đoán, điều trị, di chứng, tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế...)			
NĐBH					
Họ tên Bên mua bảo hiểm		Chữ ký của Bên mua bảo hiểm		Ngày tháng năm ký	
.....	/...../.....	
Lưu ý : Không tẩy xóa khi điền Giấy yêu cầu bảo hiểm.					
				V3.0_02/2025	
				5/19	

E. CAM KẾT: (Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên/xác nhận)

1. Tôi/chúng tôi (**Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm**), bằng việc ký tên vào Giấy yêu cầu bảo hiểm này và/hoặc các tài liệu liên quan, xác nhận rằng tôi/chúng tôi đã đọc, đã được đại lý bảo hiểm (còn được gọi là "Tư vấn tài chính") giải thích rõ ràng, đầy đủ và hiểu rõ:

- Toàn bộ các nội dung và câu hỏi trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này; và
- Các quy tắc và điều khoản (bao gồm các quyền lợi của sản phẩm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm) của (các) sản phẩm bảo hiểm mà tôi/chúng tôi tham gia. Tôi/chúng tôi cũng đã được Tư vấn tài chính giải thích rõ ràng, đầy đủ và nhận thức được các đặc thù của (các) sản phẩm bảo hiểm đã lựa chọn.

2. Tôi/chúng tôi cam kết và xác nhận rằng:

- Những thông tin trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và các tài liệu liên quan, cùng với những thông tin khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam là hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật mà tôi/chúng tôi đã biết.
- Mọi sự thay đổi về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, nơi cư trú, tham gia các hoạt động nguy hiểm và các thông tin khác trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và các tài liệu liên quan của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm sẽ được thông báo cho Hanwha Life Việt Nam trước khi hợp đồng bảo hiểm phát hành.

3. Tôi/ chúng tôi hiểu rằng:

- Tất cả các thông tin do tôi/chúng tôi cung cấp là cơ sở pháp lý để hai bên giao kết hợp đồng bảo hiểm. Vì thế, việc cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ và/hoặc không trung thực sẽ dẫn đến hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực từ thời điểm giao kết và quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả.

- Hanwha Life Việt Nam có quyền yêu cầu kiểm tra sức khỏe và thực hiện các xét nghiệm (kể cả xét nghiệm HIV) đối với Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Nội dung kiểm tra sức khỏe chỉ giới hạn trong phạm vi thông tin được kê khai bởi tôi/chúng tôi và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm. **Do đó, việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc các tài liệu liên quan.**

- Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau khi Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Bên mua bảo hiểm hoàn tất và nộp đầy đủ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng bảo hiểm.

- Ngày nhận bộ hợp đồng bảo hiểm là ngày Bên mua bảo hiểm xác nhận đã nhận bộ hợp đồng bảo hiểm trên (các) cổng thông tin/ứng dụng giao dịch trực tuyến dành cho khách hàng của Hanwha Life Việt Nam, hoặc ngày ký nhận bản giấy các tài liệu của bộ hợp đồng bảo hiểm theo quy định pháp luật nếu ngày này xảy ra sau.

4. Tôi/chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký/xác nhận Giấy yêu cầu bảo hiểm này và các tài liệu liên quan được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian tôi/chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.

5. Tôi/chúng tôi đồng ý:

- Để Hanwha Life Việt Nam được quyền xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/chúng tôi cho các mục đích:

a) Thẩm định, đánh giá rủi ro, 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, cung cấp dịch vụ khách hàng; phòng, chống trục lợi, gian lận bảo hiểm; nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, tỷ lệ an toàn vốn; kiểm soát và quản trị của chủ sở hữu của Hanwha Life Việt Nam; giải quyết khiếu nại, tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm; và thực hiện các nghĩa vụ khác theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật; và

b) Các mục đích khác, với điều kiện Hanwha Life Việt Nam thông báo cho tôi/chúng tôi trước khi tiến hành hoạt động xử lý dữ liệu cá nhân.

- Ủy quyền cho Hanwha Life Việt Nam, đại lý bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam và/hoặc (các) tổ chức, cá nhân khác được Hanwha Life Việt Nam chỉ định thực hiện thu thập thông tin, dữ liệu cá nhân về tôi/chúng tôi tại các cơ sở y tế, doanh nghiệp bảo hiểm và bất kỳ tổ chức, cá nhân nào khác cho các mục đích được liệt kê nêu trên mà không cần phải được tôi/chúng tôi đồng ý bằng một văn bản khác.

6. Tôi/chúng tôi đồng ý:

- Nhận và cho phép Hanwha Life Việt Nam gửi bộ Hợp đồng bảo hiểm điện tử, các thông báo, thông tin, nội dung trao đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà tôi/chúng tôi tham gia ("**Thông báo**") đến tôi/chúng tôi bằng một trong các hình thức sau: (i) bằng văn bản đến địa chỉ mà tôi/chúng tôi đã đăng ký với Hanwha Life Việt Nam; hoặc (ii) gửi qua địa chỉ thư điện tử (email) và/hoặc số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký với Hanwha Life Việt Nam (bao gồm cả hình thức gửi tin nhắn SMS/MMS, tin nhắn qua Zalo, Viber hoặc bất cứ ứng dụng, công cụ nào khác có tính năng nhắn tin); hoặc (iii) gửi thông qua (các) cổng thông tin/ứng dụng giao dịch trực tuyến dành cho khách hàng của Hanwha Life Việt Nam; hoặc (iv) gửi bằng các hình thức khác phù hợp với quy định của pháp luật. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng việc gửi Thông báo như vậy là có giá trị pháp lý ràng buộc các bên.

- Cập nhật kịp thời cho Hanwha Life Việt Nam bất kỳ thay đổi nào liên quan đến dữ liệu cá nhân đã cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam, bao gồm cả các thông tin liên lạc. Tôi/chúng tôi hiểu rằng, trừ khi nhận được thông báo thay đổi từ tôi/chúng tôi, Hanwha Life Việt Nam sẽ tiếp tục gửi Thông báo qua địa chỉ cư trú, địa chỉ thư điện tử, hoặc số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng Hanwha Life sẽ không phải chịu bất kỳ trách nhiệm nào trong trường hợp Hanwha Life Việt Nam gửi Thông báo qua địa chỉ thư điện tử, số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký nhưng các địa chỉ hay số điện thoại này đã bị khóa, bị hủy, bị lỗi hoặc không còn tồn tại hay vì bất kỳ lý do nào đó mà dẫn tới việc tôi/chúng tôi không thể tiếp nhận Thông báo từ Hanwha Life Việt Nam.

Tôi/chúng tôi, bằng việc ký tên dưới đây và/hoặc ký tên vào các tài liệu liên quan, đồng ý tham gia bảo hiểm và xác nhận rằng việc tham gia bảo hiểm của Tôi/chúng tôi là trên cơ sở tự nguyện, không bị ép buộc.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm:

Chữ ký của Người được bảo hiểm:

Họ tên:.....

Ngày:/...../.....

Họ tên:

(Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm ký thay)

CAM KẾT VÀ XÁC NHẬN CỦA TƯ VẤN TÀI CHÍNH:

Tôi cam kết rằng những thông tin trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và các tài liệu liên quan là do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp, và tôi không xúi giục hay hướng dẫn khách hàng che giấu không kê khai hay kê khai không trung thực hay không đầy đủ bất cứ thông tin nào mà có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam đối với khách hàng. Tôi cũng cam kết tôi đã gặp trực tiếp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm để giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp, tài chính và sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, đã tư vấn đúng theo Quy tắc và Điều khoản (các) sản phẩm bảo hiểm (bao gồm quyền lợi, các rủi ro đặc thù của sản phẩm và các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm) và các quy định liên quan của Hanwha Life Việt Nam.

Đồng thời, tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và đó là chữ ký của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

Chữ ký của Tư vấn tài chính:

Chữ ký của Người làm chứng: (Tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi).

Họ tên:

Ngày:/...../..... Mã số:.....

Họ tên:

Ngày:/...../..... Mã số (Nếu là TVTC:.....)

THÔNG TIN NỘI BỘ
Chữ ký của UM/DM/ZD/TD
Họ tên:.....
Chức vụ:.....
Ngày:...../...../.....

TỜ KHAI SỨC KHỎE

Số hợp đồng:	Mã văn phòng:
--------------	---------------

Họ tên Tư vấn tài chính:	Mã số:	Điện thoại:
--------------------------	--------	-------------

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN:	BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 1 (NĐBH-BS 1) ★	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 2 (NĐBH-BS 2) ★★
------------------------------	---	---

Họ và tên (viết chữ IN HOA):		
------------------------------	--	--

Ngày tháng năm sinh:	Tuổi:	Tuổi:
----------------------	-------	-------

Giới tính:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quốc tịch:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Quốc tịch:
------------	--	------------	--	------------

Số CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh		
----------------------------	--	--

Ngày cấp:	Nơi cấp:	Nơi cấp:
-----------	----------	----------

Tình trạng hôn nhân:	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa
----------------------	---	---

Địa chỉ thường trú:		
---------------------	--	--

Số nhà, tên đường:		
--------------------	--	--

Phường/Xã/Thị trấn:		
---------------------	--	--

Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:		
-----------------------------	--	--

Địa chỉ liên lạc (nếu khác địa chỉ trên):		
---	--	--

Số nhà, tên đường:		
--------------------	--	--

Phường/Xã/Thị trấn:		
---------------------	--	--

Quận/Huyện, Tỉnh/Thành phố:		
-----------------------------	--	--

Số điện thoại:		
----------------	--	--

Địa chỉ email:		
----------------	--	--

Nghề nghiệp/Chức vụ:		
----------------------	--	--

Chi tiết công việc/Học lớp:		
-----------------------------	--	--

Tên Công ty/Trường học:		
-------------------------	--	--

Thu nhập bình quân hàng năm (đồng):		
-------------------------------------	--	--

<input type="checkbox"/> Chuyển khoản nhận bằng Tài khoản tại Ngân hàng		
---	--	--

Số tài khoản:	Tên tài khoản:
---------------	----------------

Tên ngân hàng:	Chi nhánh:
----------------	------------

P. Giao dịch:	Tỉnh/Thành phố:
---------------	-----------------

<input type="checkbox"/> Chuyển khoản nhận bằng tiền mặt tại Ngân hàng		
--	--	--

Tên ngân hàng:	Chi nhánh:
----------------	------------

P. Giao dịch:	Địa chỉ chi nhánh/phòng giao dịch:
---------------	------------------------------------

Quan hệ với BMBH:	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/mẹ ruột <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ):
-------------------	--

Họ tên Bên mua bảo hiểm	Chữ ký của Bên mua bảo hiểm	Ngày tháng năm ký
...../...../.....

B. SẢN PHẨM BẢO HIỂM (Phần này chỉ dành cho Người được bổ sung khi tham gia Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm mới)

	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NĐBH-BS 1) (Họ và tên) ★		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NĐBH-BS 2) (Họ và tên) ★★	
	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Mọi rủi ro do Tai nạn				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Rủi ro do Tai nạn Nâng cao				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Tử kỳ				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo Mở rộng				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ viện phí và Phẫu thuật Mở rộng				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ Viện phí Toàn cầu				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Đồng hành Điều trị Ung thư - Chương trình bảo hiểm Cơ bản				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Đồng hành Điều trị Ung thư - Chương trình bảo hiểm Nâng cao				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Thanh toán Chi phí Điều trị Thực tế do Ung thư				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Hỗ trợ Viện phí do Ung thư				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Điều trị Nội trú (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Điều trị Ngoại trú (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Chăm sóc Nha khoa (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Chăm sóc Y tế Toàn cầu - QL Chăm sóc Thai sản (Đồng chi trả: <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 0%)				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Họ tên Bên mua bảo hiểm
Chữ ký của Bên mua bảo hiểm
Ngày tháng năm ký

C. THÔNG TIN TỔNG QUÁT:

	BMBH/ NDBH-BS1 (Họ và tên) ★		NDBH/ NDBH-BS2 (Họ và tên) ★★	
	cm/	kg	cm/	kg
Chiều cao/Cân nặng:				
	Không	Có	Không	Có

1. Ông/Bà có là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các dấu hiệu Hoa Kỳ sau: (i) Hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ, (ii) Mã số thuế tại Hoa Kỳ, (iii) Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ?
 Nếu có, vui lòng hoàn tất và nộp kèm các biểu mẫu theo Đạo luật tuân thủ Thuế đối với tài khoản nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA): W-8BEN, W-8BEN-E, W-9.

2. Ngoài yêu cầu bảo hiểm này, Ông/Bà có đang được bảo hiểm hoặc đã hay đang yêu cầu bảo hiểm ở các công ty bảo hiểm nhân thọ, kể cả Hanwha Life Việt Nam hay không?

3. Nếu có, trong các yêu cầu bảo hiểm nêu trên, có yêu cầu nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối, hoặc đã hay đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không?
 Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Số hồ sơ/Số hợp đồng	Tên công ty bảo hiểm	Điều kiện bảo hiểm (phí chuẩn, tăng phí...)	Yêu cầu chi trả quyền lợi
★				
★★				

4. Ông/Bà có tham gia hoặc dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm như lặn với bình khí nén, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn,...không?

5. Ông/Bà đã từng hoặc đang sử dụng ma túy hoặc chất gây nghiện không?
 Nếu có, xin cho biết loại (tên) ma túy/chất gây nghiện, thời gian sử dụng, thời điểm ngưng sử dụng gần nhất, đã từng cai nghiện (số lần cai nghiện)?

6. Ông/Bà đã từng phải thi hành án hình sự hoặc đang trong thời gian thi hành án hình sự, hoặc trong thời gian bị áp dụng các biện pháp ngăn chặn về hình sự theo quyết định của (các) Cơ quan có thẩm quyền?
 Nếu Có, vui lòng cung cấp chi tiết về thời gian thi hành án, loại án, lý do thi hành án và bản sao (các) bản án, quyết định có liên quan:

7. Có ai trong số cha/mẹ, anh/chị/em ruột của Ông/Bà bị bệnh hoặc chết vì ung thư, tim mạch, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh thận, bệnh tâm thần, bệnh về máu hay các bệnh di truyền khác không?
 Nếu có xin cho biết chi tiết:

	Quan hệ gia đình		Triệu chứng/bệnh lý	Tuổi	
	Cha/mẹ	Anh/chị/em		Khi còn sống	Lúc qua đời
★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
★★	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

D. THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE:

1. Ông/Bà có giảm cân trong 03 tháng qua không?
 Nếu có, xin cho biết giảm bao nhiêu kg và lý do:.....

2. Hiện tại, Ông/Bà có dùng thuốc điều trị gì không?
 Nếu có, xin cho biết điều trị bệnh gì và đính kèm giấy tờ liên quan:.....

Họ tên Bên mua bảo hiểm	Chữ ký của Bên mua bảo hiểm	Ngày tháng năm ký
...../...../.....

BMBH/ NĐBH-BS1 (Họ và tên) ★		NĐBH/ NĐBH-BS2 (Họ và tên) ★★	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không	Có	Không	Có

3. Ông/Bà đã và/hoặc đang hút thuốc lá không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Ông/Bà đã và/hoặc đang sử dụng rượu, bia không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nếu có, xin cho biết chi tiết:

	Thuốc lá	Rượu	Bia
	Số điếu hút 1 ngày và số năm hút	Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần	Số lượng uống 1 lần và bao lâu uống 1 lần
★			
★★			

5. Trong 03 năm vừa qua, Ông/Bà có khám bệnh hay điều trị bệnh ở bệnh viện, cơ sở y tế hay bác sĩ nào không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nếu có, xin cho biết chi tiết và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan:

	Thời điểm	Triệu chứng	Chẩn đoán và thời gian điều trị	Tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế
★				
★★				

Ngoài thông tin đã kê khai tại câu hỏi số 5 - Mục D, vào bất kể thời gian nào, Ông/Bà đã từng có dấu hiệu và triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:

6. Đau ngực, khó thở, tăng mỡ máu, âm thổi ở tim, rối loạn nhịp tim, bệnh tim bẩm sinh, cao huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh van tim, các triệu chứng hay bệnh tim mạch khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Ho kéo dài trên 1 tháng, ho ra máu, khó thở, khàn giọng, khó phát âm, hen suyễn, viêm phổi, lao, khí phế thũng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), các triệu chứng hay bệnh hô hấp khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Vàng da, ói ra máu, đi tiêu ra máu, nuốt khó, nuốt nghẹn, gan to, lách to, viêm gan, nhiễm siêu vi viêm gan B, nhiễm siêu vi viêm gan C, xơ gan, ung thư gan, sỏi mật, bệnh lý túi mật, viêm loét dạ dày- tá tràng, viêm đại tràng, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, bệnh trĩ, các triệu chứng hay bệnh tiêu hóa khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Động kinh, co giật, đau đầu kéo dài, hoa mắt, chóng mặt, rối loạn tiền đình, thiếu năng tuần hoàn não, ngất, suy nhược thần kinh, bại não, tai biến mạch máu não (đột quỵ), liệt, yếu chi, thiếu máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, Parkinson, Alzheimer, các triệu chứng hay bệnh thần kinh khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Tâm thần phân liệt, trầm cảm, mất nhận thức, các triệu chứng hay bệnh tâm thần khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Phù, đau lưng, tiểu buốt, tiểu ra máu, tiểu đạm, suy thận, thận mỡ, thận đa nang, viêm cầu thận, sạn thận, hội chứng thận hư, các triệu chứng hay bệnh khác ở thận, bàng quang, tiền liệt tuyến và cơ quan sinh dục?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Đái tháo đường (bệnh tiểu đường), bursu cổ, cường giáp, suy giáp, các triệu chứng hay bệnh nội tiết khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13. Truyền máu, bệnh về máu như bệnh bạch cầu, thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu, chảy máu cam, xuất huyết dưới da, các triệu chứng hay bệnh về máu/hệ bạch huyết khác?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Họ tên Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Ngày tháng năm ký

Ngoài thông tin đã kê khai tại câu hỏi số 5 - Mục D, **vào bất kể thời gian nào**, Ông/Bà đã từng có dấu hiệu và triệu chứng hay mắc phải bệnh nào dưới đây không? Nếu có, **gạch ngay dưới tên triệu chứng hay bệnh đó** và điền chi tiết vào phần "Thông tin chi tiết" ở trang sau:

BMBH/ NĐBH-BS1 (Họ và tên) ★		NĐBH/ NĐBH-BS2 (Họ và tên) ★★	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Không	Có	Không	Có
14. Cụt tay, cụt chân, sốt bại liệt, nhược cơ, teo cơ, đau khớp, sốt thấp khớp, viêm khớp, đau thần kinh tọa, Gout, các triệu chứng hay bệnh cơ- xương- khớp khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lupus ban đỏ, bệnh hệ thống, vẩy nến, các triệu chứng hay bệnh da liễu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. U, nang, polyp, ung thư ở bất kỳ cơ quan/nội tạng nào; nốt hạch ở cổ, vú, nách, bẹn hay các nơi khác trên cơ thể?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Chảy mủ tai, ù tai, lổ tai, viêm tai, viêm tai giữa, giảm thính lực, điếc, cảm, nhìn đôi, giảm thị lực, mù, mất lồi, mất giả, các triệu chứng hay bệnh tai- mắt- mũi- họng khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ông/Bà có bị dị tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ông/Bà có bị tai nạn bao giờ không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sau đó, có để lại thương tật nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ông/Bà đã từng bị phẫu thuật ở đầu, ngực, bụng hay các nơi khác trên cơ thể không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ông/Bà đã từng được thực hiện xét nghiệm nào không? (thử nước tiểu, thử máu, chụp X quang, siêu âm, điện tim, nội soi, sinh thiết, chụp cắt lớp (CT), phết tế bào cổ tử cung (Pap smear), MRI, PET, SPECT, Fibroscan, chụp nhũ ảnh, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kết quả có bất thường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ông/Bà hay vợ chồng của Ông/Bà đã bao giờ được chẩn đoán, điều trị về HIV/AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường sinh dục (lậu, giang mai,...) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ông/Bà đã từng có triệu chứng hay mắc phải bệnh nào khác ngoài các triệu chứng và bệnh kể trên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Câu hỏi dành cho Nữ giới: Bà/Cô đã từng bị xuất huyết bất thường ở âm đạo không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bà/Cô có đang mang thai không ? Nếu có, cho biết ngày dự sinh:...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Câu hỏi dành cho Trẻ em:				
Cân nặng lúc sinh:.....Kg. Trẻ có sinh non không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị chậm phát triển tâm thần hay vận động không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có anh chị em song sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, tình trạng sức khỏe của anh chị em song sinh có bất thường không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Số anh chị em ruột hiện có:				

THÔNG TIN CHI TIẾT:

(Nếu trả lời CÓ cho các câu hỏi trên, vui lòng điền thông tin chi tiết vào bảng bên dưới và đính kèm tất cả các giấy tờ liên quan)

	Câu số	Chi tiết (thời gian, triệu chứng, chẩn đoán, điều trị, di chứng, tên bác sĩ, bệnh viện, cơ sở y tế...)
★		
★★		

Họ tên Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Ngày tháng năm ký

.....

.....

...../...../.....

E. CAM KẾT: (Vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên/xác nhận)

1. Tôi/chúng tôi, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc những Người được bảo hiểm bổ sung, bằng việc ký tên vào Tờ khai sức khỏe này và/hoặc các tài liệu liên quan, xác nhận rằng tôi/chúng tôi đã đọc, đã được đại lý bảo hiểm (còn được gọi là "Tư vấn tài chính") giải thích rõ ràng, đầy đủ và hiểu rõ:

- toàn bộ các nội dung và câu hỏi trong Tờ khai sức khỏe; và
- các quy tắc và điều khoản (bao gồm các quyền lợi của sản phẩm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm) của (các) sản phẩm bảo hiểm mà tôi/chúng tôi tham gia. Tôi/chúng tôi cũng đã được Tư vấn tài chính giải thích rõ ràng, đầy đủ và nhận thức được các đặc thù của (các) sản phẩm bảo hiểm đã lựa chọn.

2. Tôi/chúng tôi cam kết và xác nhận rằng:

- Những thông tin trong Tờ khai sức khỏe này và các tài liệu liên quan, cùng với những thông tin khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam là hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật mà tôi/chúng tôi đã biết.

- Mọi sự thay đổi về tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp, nơi cư trú, tham gia các hoạt động nguy hiểm và các thông tin khác trong Tờ khai sức khỏe này và các tài liệu liên quan của Người được bảo hiểm và/hoặc những Người được bảo hiểm bổ sung và/hoặc Bên mua bảo hiểm sẽ được thông báo cho Hanwha Life Việt Nam trước khi hợp đồng bảo hiểm phát hành.

3. Tôi/ chúng tôi hiểu rằng:

- Tất cả các thông tin do tôi/chúng tôi cung cấp là cơ sở pháp lý để hai bên giao kết hợp đồng bảo hiểm. Vì thế, việc cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ và/hoặc không trung thực sẽ dẫn đến hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực từ thời điểm giao kết và quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả.

- Hanwha Life Việt Nam có quyền yêu cầu kiểm tra sức khỏe và thực hiện các xét nghiệm (kể cả xét nghiệm HIV) đối với Người được bảo hiểm và/hoặc những Người được bảo hiểm bổ sung và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Nội dung kiểm tra sức khỏe chỉ giới hạn trong phạm vi thông tin được kê khai bởi tôi/chúng tôi và không thể đưa ra toàn bộ kết luận về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm. **Do đó, việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực trong Tờ khai sức khỏe và/hoặc các tài liệu liên quan.**

- Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau khi Hanwha Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm trên cơ sở Bên mua bảo hiểm hoàn tất và nộp đầy đủ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng bảo hiểm.

4. Tôi/chúng tôi xác nhận rằng toàn bộ quá trình tư vấn bảo hiểm, lập và ký/xác nhận Tờ khai sức khỏe này và các tài liệu liên quan được thực hiện tại Việt Nam và trong thời gian tôi/chúng tôi đang cư trú tại Việt Nam.

5. Tôi/chúng tôi đồng ý:

- Để Hanwha Life Việt Nam được quyền xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/chúng tôi cho các mục đích:

a) thẩm định, đánh giá rủi ro, 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, cung cấp dịch vụ khách hàng; phòng, chống trục lợi, gian lận bảo hiểm; nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, tỷ lệ an toàn vốn; kiểm soát và quản trị của chủ sở hữu của Hanwha Life Việt Nam; giải quyết khiếu nại, tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm; và thực hiện các nghĩa vụ khác theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật; và

b) các mục đích khác, với điều kiện Hanwha Life Việt Nam thông báo cho tôi/chúng tôi trước khi tiến hành hoạt động xử lý dữ liệu cá nhân.

- Ủy quyền cho Hanwha Life Việt Nam, đại lý bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam và/hoặc (các) tổ chức, cá nhân khác được Hanwha Life Việt Nam chỉ định thực hiện thu thập thông tin, dữ liệu cá nhân về tôi/chúng tôi tại các cơ sở y tế, doanh nghiệp bảo hiểm và bất kỳ tổ chức, cá nhân nào khác cho các mục đích được liệt kê nêu trên mà không cần phải được tôi/chúng tôi đồng ý bằng một văn bản khác.

Họ tên Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Ngày tháng năm ký

.....

.....

...../...../.....

6. Tôi/chúng tôi đồng ý:

- nhận và cho phép Hanwha Life Việt Nam gửi bộ Hợp đồng bảo hiểm điện tử, các thông báo, thông tin, nội dung trao đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà tôi/chúng tôi tham gia ("Thông báo") đến tôi/chúng tôi bằng một trong các hình thức sau: (i) bằng văn bản đến địa chỉ mà tôi/chúng tôi đã đăng ký với Hanwha Life Việt Nam; hoặc (ii) gửi qua địa chỉ thư điện tử (email) và/hoặc số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký với Hanwha Life Việt Nam (bao gồm cả hình thức gửi tin nhắn SMS/MMS, tin nhắn qua Zalo, Viber hoặc bất cứ ứng dụng, công cụ nào khác có tính năng nhắn tin); hoặc (iii) gửi thông qua (các) cổng thông tin/ứng dụng giao dịch trực tuyến dành cho khách hàng của Hanwha Life Việt Nam; hoặc (iv) gửi bằng các hình thức khác phù hợp với quy định của pháp luật. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng việc gửi Thông báo như vậy là có giá trị pháp lý ràng buộc các bên.

- cập nhật kịp thời cho Hanwha Life Việt Nam bất kỳ thay đổi nào liên quan đến dữ liệu cá nhân đã cung cấp cho Hanwha Life Việt Nam, bao gồm cả các thông tin liên lạc. Tôi/chúng tôi hiểu rằng, trừ khi nhận được thông báo thay đổi từ tôi/chúng tôi, Hanwha Life Việt Nam sẽ tiếp tục gửi Thông báo qua địa chỉ cư trú, địa chỉ thư điện tử, hoặc số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng Hanwha Life sẽ không phải chịu bất kỳ trách nhiệm nào trong trường hợp Hanwha Life Việt Nam gửi Thông báo qua địa chỉ thư điện tử, số điện thoại mà tôi/chúng tôi đã đăng ký nhưng các địa chỉ hay số điện thoại này đã bị khoá, bị huỷ, bị lỗi hoặc không còn tồn tại hay vì bất kỳ lý do nào đó mà dẫn tới việc tôi/chúng tôi không thể tiếp nhận Thông báo từ Hanwha Life Việt Nam.

Tôi/chúng tôi, bằng việc ký tên dưới đây và/hoặc ký tên vào các tài liệu liên quan, đồng ý tham gia bảo hiểm và xác nhận rằng việc tham gia bảo hiểm của Tôi/chúng tôi là trên cơ sở tự nguyện, không bị ép buộc.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm:

Chữ ký của Người được bảo hiểm/
Người được bảo hiểm bổ sung

Chữ ký của Người được bảo hiểm bổ sung

Họ tên:

Họ tên:

Họ tên:

Ngày:/...../.....

*(Nếu Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm bổ sung dưới 18 tuổi, Cha/mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm/Người được bảo hiểm bổ sung ký thay)***CAM KẾT VÀ XÁC NHẬN CỦA TƯ VẤN TÀI CHÍNH:**

Tôi cam kết rằng những thông tin trong Tờ khai sức khỏe này và hồ sơ liên quan là do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung cung cấp, và tôi không xúi giục hay hướng dẫn khách hàng che giấu không kê khai hay kê khai không trung thực hay không đầy đủ bất cứ thông tin nào mà có thể gây ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận bảo hiểm của Hanwha Life Việt Nam đối với khách hàng. Tôi cũng cam kết tôi đã gặp trực tiếp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung để giải thích rõ ràng các câu hỏi về nghề nghiệp, tài chính và sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, đã tư vấn đúng theo Quy tắc và (các) Điều khoản sản phẩm bảo hiểm (bao gồm quyền lợi, các rủi ro đặc thù của sản phẩm và các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm) và các quy định liên quan của Hanwha Life Việt Nam.

Đồng thời, tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và đó là chữ ký của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung trong Tờ khai sức khỏe này.

Chữ ký của Tư vấn tài chính:

Chữ ký của Người làm chứng:

(Tôi xác nhận các chữ ký trên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi).

Họ tên:

Họ tên:

Ngày:/...../..... Mã số:.....

Ngày:/...../..... Mã số (Nếu là TVTC:.....)

BẢNG PHÂN TÍCH NHU CẦU

Mã số Hồ sơ điện tử:

Số Hợp đồng bảo hiểm:

I. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG:

Họ và tên (viết chữ IN HOA)			
Ngày/tháng/năm sinh			
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu			
Quốc tịch			
Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Nữ	
Nghề nghiệp			
Địa chỉ thường trú			
Điện thoại			
Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> Độc thân	<input type="checkbox"/> Kết hôn	<input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa
Tên người phụ thuộc	1.		
	2.		
	3.		

II. KHẢ NĂNG TÀI CHÍNH CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM:

Nguồn thu nhập	Mức thu nhập (Đồng/Năm)
1. Thu nhập của cá nhân	
2. Thu nhập của gia đình	
3. Thu nhập không thường xuyên	
4. Tiết kiệm định kỳ	
Tổng thu nhập	

III. NHU CẦU VÀ KẾ HOẠCH TÀI CHÍNH:

Thứ tự ưu tiên	Kế hoạch tài chính	Số tiền cần tích lũy (Đồng/Năm)	Thời gian cần tích lũy (Năm)	Tổng cộng (Đồng)
		(1)	(2)	(3) = (1) x (2)
	Quỹ giáo dục cho con	(A)		
	Quỹ hưu trí			
	Quỹ đầu tư/kinh doanh			
	Quỹ dự phòng			
	Quỹ khác			
	Tổng cộng	(B)		
	Các khoản tài chính hiện có	(C)		
	Khoản tài chính cần chuẩn bị cho tương lai	(B) – (C)		

Lưu ý: Không tẩy xóa khi điền Bảng phân tích nhu cầu

V1.1_06/2024

IV. QUY TRÌNH TƯ VẤN:

1. Nội dung tư vấn

- **Phần dành cho Khách hàng tham gia sản phẩm Bảo hiểm Hỗn hợp, Bảo hiểm Liên kết chung và Bảo hiểm Liên kết đơn vị:**

- Giới thiệu Bảo hiểm Nhân thọ và Công ty Hanwha Life Việt Nam
- Phân tích nhu cầu tài chính
- Minh họa kế hoạch đóng phí và quyền lợi bảo hiểm
- Giới thiệu sản phẩm bảo hiểm
- Thống nhất giải pháp tài chính

- **Phần dành riêng cho Khách hàng tham gia sản phẩm Bảo hiểm Liên kết đơn vị:**

- Khảo sát mức độ chấp nhận rủi ro
- Tóm tắt về các Quỹ đầu tư và mức độ rủi ro của từng Quỹ

2. Ngày hoàn tất: / /

V. QUYẾT ĐỊNH CHỌN SẢN PHẨM:

- **Tôi xác nhận và đồng ý với Tư vấn tài chính..... về (các) nhu cầu tài chính ưu tiên và số tiền dự kiến cho (mỗi) nhu cầu nêu trên. Tôi quyết định lựa chọn sản phẩm:**

- **Phí bảo hiểm dự kiến/Phí bảo hiểm:**
- **Thời hạn đóng phí dự kiến/Thời hạn đóng phí:**

VI. XÁC NHẬN CỦA KHÁCH HÀNG:

- Tôi cam đoan rằng tôi đã được giải thích và nhận thức rõ về quyền lợi và các đặc thù của sản phẩm bảo hiểm, đã được giải đáp và tư vấn rất cụ thể, rõ ràng cho các thắc mắc liên quan đến sản phẩm bảo hiểm.
- Tôi xác nhận quyết định cuối cùng trong việc lựa chọn sản phẩm bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm hoàn toàn là quyết định của cá nhân tôi phù hợp với nhu cầu, khả năng tài chính của tôi và tôi sẽ tự chịu trách nhiệm về quyết định của mình.
- *Dành cho Khách hàng tham gia sản phẩm Bảo hiểm Liên kết đơn vị:* Tôi hiểu đây là sản phẩm thuộc dòng liên kết đơn vị, nên tôi được hưởng toàn bộ kết quả đầu tư và chịu mọi rủi ro đầu tư từ các Quỹ đã lựa chọn.

Chữ ký của Khách hàng

Họ và tên:.....

Ngàytháng.....năm.....

Chữ ký của Tư vấn tài chính

Họ và tên:.....

Ngàytháng.....năm.....

BẢNG PHÂN TÍCH NHU CẦU

(Dành cho Bên mua bảo hiểm là Doanh nghiệp/Tổ chức)

Mã số Hồ sơ điện tử:

Số Hợp đồng bảo hiểm:

I. THÔNG TIN BÊN MUA BẢO HIỂM:

Tên doanh nghiệp/tổ chức (viết chữ IN HOA)	
Số giấy phép thành lập và hoạt động	

II. KHẢ NĂNG TÀI CHÍNH CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM:

Nguồn thu nhập	Mức thu nhập (Đồng/Năm)
1. Thu nhập của cá nhân	
2. Thu nhập của tổ chức	
3. Thu nhập không thường xuyên	
4. Tiết kiệm định kỳ	
Tổng thu nhập	

III. NHU CẦU VÀ KẾ HOẠCH TÀI CHÍNH:

Thứ tự ưu tiên	Kế hoạch tài chính	Số tiền cần tích lũy (Đồng/Năm)	Thời gian cần tích lũy (Năm)	Tổng cộng (Đồng)	
		(1)	(2)	(3) = (1) x (2)	
	Quỹ giáo dục cho con				
	Quỹ hưu trí				
	Quỹ đầu tư/kinh doanh	(A)			
	Quỹ dự phòng				
	Quỹ khác				
	Tổng cộng		(B)		
	Các khoản tài chính hiện có		(C)		
	Khoản tài chính cần chuẩn bị cho tương lai	(B) – (C)			

IV. QUY TRÌNH TƯ VẤN:

1. Nội dung tư vấn

- **Phần dành cho Khách hàng tham gia sản phẩm Bảo hiểm Hỗn hợp, Bảo hiểm Liên kết chung và Bảo hiểm Liên kết đơn vị:**

- Giới thiệu Bảo hiểm Nhân thọ và Công ty Hanwha Life Việt Nam
- Phân tích nhu cầu tài chính
- Minh họa kế hoạch đóng phí và quyền lợi bảo hiểm
- Giới thiệu sản phẩm bảo hiểm
- Thống nhất giải pháp tài chính

- **Phần dành riêng cho Khách hàng tham gia sản phẩm Bảo hiểm Liên kết đơn vị:**

- Khảo sát mức độ chấp nhận rủi ro
- Tóm tắt về các Quỹ đầu tư và mức độ rủi ro của từng Quỹ

2. Ngày hoàn tất: / /

V. QUYẾT ĐỊNH CHỌN SẢN PHẨM:

- **Tôi/Chúng tôi xác nhận và đồng ý với Tư vấn tài chính..... về (các) nhu cầu tài chính ưu tiên và số tiền dự kiến cho (mỗi) nhu cầu nêu trên. Tôi/Chúng tôi quyết định lựa chọn sản phẩm:**

.....

- **Phí bảo hiểm dự kiến/Phí bảo hiểm:**
- **Thời hạn đóng phí dự kiến/Thời hạn đóng phí:**

VI. XÁC NHẬN CỦA KHÁCH HÀNG:

- Tôi/Chúng tôi cam đoan rằng tôi/chúng tôi đã được giải thích và nhận thức rõ về quyền lợi và các đặc thù của sản phẩm bảo hiểm, đã được giải đáp và tư vấn rất cụ thể, rõ ràng cho các thắc mắc liên quan đến sản phẩm bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi xác nhận quyết định cuối cùng trong việc lựa chọn sản phẩm bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm hoàn toàn là quyết định của cá nhân tôi/chúng tôi phù hợp với nhu cầu, khả năng tài chính của tôi/chúng tôi và tôi/chúng tôi sẽ tự chịu trách nhiệm về quyết định của mình.
- *Dành cho Khách hàng tham gia sản phẩm Bảo hiểm Liên kết đơn vị:* Tôi/Chúng tôi hiểu đây là sản phẩm thuộc dòng liên kết đơn vị, nên tôi/chúng tôi được hưởng toàn bộ kết quả đầu tư và chịu mọi rủi ro đầu tư từ các Quỹ đã lựa chọn.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Tư vấn tài chính

Tên Bên mua bảo hiểm:

Họ và tên:.....

Ngàytháng.....năm.....

Ngàytháng.....năm.....

PHIẾU KHẢO SÁT MỨC ĐỘ CHẤP NHẬN RỦI RO

Mã số Hồ sơ điện tử:

Số Hợp đồng bảo hiểm:

Họ và tên Khách hàng:	Ngày sinh:	Giới tính:
Họ và tên Tư vấn tài chính:	Mã số Tư vấn tài chính:	

BẢN KHẢO SÁT MỨC ĐỘ CHẤP NHẬN RỦI RO TRONG ĐẦU TƯ

A. Độ tuổi	Trên 50 tuổi	1
	Từ trên 40 đến 50 tuổi	2
	Từ 30 tuổi đến 40 tuổi	3
	Dưới 30 tuổi	4
B. Kinh nghiệm đầu tư	Không có - chưa hề có kinh nghiệm đầu tư	1
	Hạn chế - có rất ít kinh nghiệm đầu tư	2
	Trung bình - có một ít kinh nghiệm đầu tư nhưng cần hỗ trợ thêm	3
	Chuyên sâu - là nhà đầu tư có kinh nghiệm và hoạt động có hiệu quả	4
C. Quan điểm/chiến lược đầu tư	Đầu tư từ từ và đều đặn là cách tốt nhất	1
	Chấp nhận có thêm vài rủi ro nhưng tốt nhất là nên kiểm chế rủi ro ở mức tối thiểu	2
	Rủi ro có thể giúp gia tăng lợi nhuận hoặc gây thua lỗ nhưng quan trọng là nên chấp nhận rủi ro chứ đừng né tránh	3
D. Mục tiêu đầu tư	Lợi nhuận thấp nhưng chắc chắn và ổn định - tương đương gửi tiền tiết kiệm	1
	Lợi nhuận cao hơn gửi tiết kiệm và ổn định	2
	Lợi nhuận khá cao - đến từ thu nhập ổn định và tăng trưởng vốn	3
	Lợi nhuận rất cao - tăng trưởng vốn càng nhanh càng tốt	4
E. Dự định đầu tư trong bao lâu	5 năm	1
	Trên 5 năm đến 10 năm	2
	Trên 10 năm	3
F. Mức độ chấp nhận rủi ro	Không muốn nhận bất kỳ rủi ro nào	1
	Sẵn sàng chấp nhận một ít rủi ro để có cơ hội tăng trưởng vốn	2
	Sẵn sàng chấp nhận rủi ro cao hơn để có cơ hội tăng trưởng vốn cao hơn	3
	Sẵn sàng chấp nhận mọi rủi ro của thị trường để đạt mức tăng trưởng vốn tốt nhất	4
Tổng số điểm:		

Mô tả mức độ chấp nhận rủi ro

Điểm số	< 8	8 – 11	12 – 14	15 – 18	19 – 22
Mức độ chấp nhận rủi ro	Thận trọng về đầu tư	Tương đối thận trọng về đầu tư	Cân bằng về đầu tư	Tương đối mạo hiểm về đầu tư	Mạo hiểm về đầu tư

Xác nhận của Khách hàng

Tôi hiểu rằng Phiếu khảo sát này chỉ có giá trị tham khảo để giúp tôi hiểu rõ hơn về mức độ chấp nhận rủi ro của mình. Tôi đã được giải thích đầy đủ, hiểu rõ và đồng ý với kết quả đánh giá mức độ chấp nhận rủi ro của tôi như đã nêu trên. Tôi xác nhận quyết định cuối cùng trong việc lựa chọn quỹ nào và tỷ lệ đầu tư vào mỗi quỹ khi tham gia sản phẩm Bảo hiểm Liên kết đơn vị tại Hanwha Life Việt Nam hoàn toàn là quyết định của cá nhân tôi và tôi sẽ tự chịu trách nhiệm về quyết định của tôi.

Chữ ký Khách hàng
Chữ ký của Tư vấn tài chính

 Họ và tên: _____
 Ngàythángnăm

 Họ và tên: _____
 Ngàythángnăm

PHIẾU KHẢO SÁT MỨC ĐỘ CHẤP NHẬN RỦI RO

(Dành cho Bên mua bảo hiểm là Doanh nghiệp/Tổ chức)

Mã số Hồ sơ điện tử:

Số Hợp đồng bảo hiểm:

Tên Bên mua bảo hiểm:	Số giấy phép thành lập và hoạt động:
Họ và tên Tư vấn tài chính:	Mã số Tư vấn tài chính:

BẢN KHẢO SÁT MỨC ĐỘ CHẤP NHẬN RỦI RO TRONG ĐẦU TƯ

A. Độ tuổi	Trên 50 tuổi	1
	Từ trên 40 đến 50 tuổi	2
	Từ 30 tuổi đến 40 tuổi	3
	Dưới 30 tuổi	4
B. Kinh nghiệm đầu tư	Không có - chưa hề có kinh nghiệm đầu tư	1
	Hạn chế - có rất ít kinh nghiệm đầu tư	2
	Trung bình - có một ít kinh nghiệm đầu tư nhưng cần hỗ trợ thêm	3
	Chuyên sâu - là nhà đầu tư có kinh nghiệm và hoạt động có hiệu quả	4
C. Quan điểm/chiến lược đầu tư	Đầu tư từ từ và đều đặn là cách tốt nhất	1
	Chấp nhận có thêm vài rủi ro nhưng tốt nhất là nên kiểm chế rủi ro ở mức tối thiểu	2
	Rủi ro có thể giúp gia tăng lợi nhuận hoặc gây thua lỗ nhưng quan trọng là nên chấp nhận rủi ro chứ đừng né tránh	3
D. Mục tiêu đầu tư	Lợi nhuận thấp nhưng chắc chắn và ổn định - tương đương gửi tiền tiết kiệm	1
	Lợi nhuận cao hơn gửi tiết kiệm và ổn định	2
	Lợi nhuận khá cao - đến từ thu nhập ổn định và tăng trưởng vốn	3
	Lợi nhuận rất cao - tăng trưởng vốn càng nhanh càng tốt	4
E. Dự định đầu tư trong bao lâu	5 năm	1
	Trên 5 năm đến 10 năm	2
	Trên 10 năm	3
F. Mức độ chấp nhận rủi ro	Không muốn nhận bất kỳ rủi ro nào	1
	Sẵn sàng chấp nhận một ít rủi ro để có cơ hội tăng trưởng vốn	2
	Sẵn sàng chấp nhận rủi ro cao hơn để có cơ hội tăng trưởng vốn cao hơn	3
	Sẵn sàng chấp nhận mọi rủi ro của thị trường để đạt mức tăng trưởng vốn tốt nhất	4
Tổng số điểm:		

Mô tả mức độ chấp nhận rủi ro

Điểm số	< 8	8 – 11	12 – 14	15 – 18	19 – 22
Mức độ chấp nhận rủi ro	Thận trọng về đầu tư	Tương đối thận trọng về đầu tư	Cân bằng về đầu tư	Tương đối mạo hiểm về đầu tư	Mạo hiểm về đầu tư

Xác nhận của Khách hàng

Tôi/Chúng tôi hiểu rằng Phiếu khảo sát này chỉ có giá trị tham khảo để giúp tôi/chúng tôi hiểu rõ hơn về mức độ chấp nhận rủi ro của mình. Tôi/Chúng tôi đã được giải thích đầy đủ, hiểu rõ và đồng ý với kết quả đánh giá mức độ chấp nhận rủi ro của tôi/chúng tôi như đã nêu trên. Tôi/Chúng tôi xác nhận quyết định cuối cùng trong việc lựa chọn quỹ nào và tỷ lệ đầu tư vào mỗi quỹ khi tham gia sản phẩm Bảo hiểm Liên kết đơn vị tại Hanwaha Life Việt Nam hoàn toàn là quyết định của cá nhân tôi/chúng tôi và tôi/chúng tôi sẽ tự chịu trách nhiệm về quyết định của tôi/chúng tôi.

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Chữ ký của Tư vấn tài chính

Tên Bên mua bảo hiểm: _____

Họ và tên: _____

Ngàythángnăm

Ngàythángnăm