



Hotline: 1900 56 56 38

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE

BẢO HIỂM GỐC : CÔNG TY BẢO HIỂM LIÊN HIỆP -UIC

Họ và tên của Đại lý

CÔNG TY CỔ PHẦN DỊCH VỤ VIETLIFE

Hồ sơ số

Mã số Đại Lý

Số điện thoại liên lạc

1900 56 56 38

Phương thức thu phí

Qua đại lý

Thanh toán trực tiếp cho UIC

(*) Ngày yêu cầu bảo hiểm

Ngày

Tháng

Năm

(*) Vui lòng đính kèm chứng từ liên quan

PHẦN DÀNH CHO BÊN MUA BẢO HIỂM

Đánh dấu vào ô này nếu Bên mua bảo hiểm cũng là người được bảo hiểm

(Xin vui lòng điền bằng chữ in và chừa 1 ô trống giữa các cụm chữ và đánh dấu vào ô thích hợp)

Ông/Bà/Cô/Cháu

Họ và tên (Theo CMND hoặc giấy khai sinh)

Email:

Số ĐT di động:

Quốc gia:

Số ĐT nhà riêng:

Quốc gia:

CMND/Khai sinh số

Dân tộc:

Nơi sinh:

Quốc gia:

Chọn nếu quý khách muốn nhận thông tin liên quan hợp đồng sẽ được gửi đến quý khách qua email hoặc tin nhắn điện thoại di động

Tin nhắn điện thoại di động

Email

Địa chỉ hộ khẩu thường trú

Số nhà, Đường:

Phường/Xã:

Tỉnh/Thành phố:

Quận/Huyện:

Quốc Gia:

Nghề nghiệp:

Công việc cụ thể:

Chức vụ:

Đánh dấu ô này nếu địa chỉ hộ khẩu thường trú cũng là địa chỉ liên lạc

Địa chỉ khác của bên mua bảo hiểm

Số nhà, Đường:

Phường/Xã:

Tỉnh/Thành phố:

Quận/Huyện:

Quốc Gia:

Thông tin cơ quan làm việc

Tên Cơ quan:

Địa chỉ:

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Chi tiết	Tên đầy đủ	Quan hệ với Bên mua Bảo hiểm (khoanh tròn lựa chọn của quý khách)	Số CMND/Hộ chiếu/Giấy khai sinh	Ngày sinh	Giới tính
NĐBH chính		BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ			
NĐBHBS 1		BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ			
NĐBHBS 2		BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ			
NĐBHBS 3		BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ			

CÔNG TY CỔ PHẦN DỊCH VỤ VIETLIFE

VPHN: Tầng 5, Tòa nhà H&N, Đ. Hoàng Quốc Việt, Q. Cầu Giấy, Hà Nội
T: (+84) 4 3791 8661 | F: (+84) 4 3791 8662

E: info@vietlife.com.vn
W: www.vietlife.com.vn
H: 1900 56 56 38

VPHCM: Lầu 2, Cao Ốc Đỗ Trần, Số 2A, Đ. Nguyễn Thị Minh Khai, Q.1, TP. Hồ Chí Minh
T: (+84) 8 3911 2261 | F: (+84) 8 3911 2260

NĐBHBS 4		BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ															
NĐBHBS 5		BMBH/Chồng/Vợ/Con/Bố/Mẹ															

Hóa đơn GTGT

Quý khách có nhu cầu cấp hóa đơn Giá trị Gia tăng không Có Không

Nếu câu trả lời là có vui lòng cung cấp thông tin:

Tên :

Địa chỉ :

Mã số thuế :

CHI TIẾT CÁC LOẠI BẢO HIỂM YÊU CẦU MUA

Xin vui lòng đánh dấu vào cạnh tên sản phẩm bảo hiểm yêu cầu mua và điền thông tin vào ô thích hợp

Bảo hiểm Kết hợp Tai nạn và Sức khỏe – “UIC CARE” – Mã sản phẩm : IPH

Chương trình	<input type="checkbox"/> CARE-1	<input type="checkbox"/> CARE-2	<input type="checkbox"/> CARE-3	<input type="checkbox"/> CARE-4	<input type="checkbox"/> CARE-5
	<input type="checkbox"/> CARE-6				

Thời gian chờ áp dụng:

Bệnh thông thường (Nội&Ngoại trú):	30 ngày	Bệnh có sẵn:	365 ngày
Từ vong do bệnh	365 ngày	Bệnh đặc biệt:	365 ngày
Thai sản:	Không bảo hiểm	Tai nạn:	0 ngày

Bảo hiểm Sức khỏe Gia đình – “Family Shield” - Mã sản phẩm : FSI

Chương trình	<input type="checkbox"/> Family Bronze	<input type="checkbox"/> Family Silver	<input type="checkbox"/> Family Gold	<input type="checkbox"/> FamilyGold PLUS
--------------	--	--	--------------------------------------	--

Thời gian chờ áp dụng:

Bệnh thông thường (Nội&Ngoại trú):	30 ngày	Bệnh có sẵn:	365 ngày
Từ vong do bệnh	365 ngày	Bệnh đặc biệt:	365 ngày
Thai sản:	270 ngày từ khi tham gia đến khi sinh	Tai nạn:	0 ngày

Bảo hiểm Sức khỏe cho Trẻ em – “UIC KID CARE” – Mã sản phẩm : KID

Chương trình	<input type="checkbox"/> KID-1	<input type="checkbox"/> KID-2	<input type="checkbox"/> KID-3	<input type="checkbox"/> KID-4
--------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Thời gian chờ áp dụng:

Bệnh thông thường (Nội&Ngoại trú):	30 ngày	Bệnh có sẵn:	365 ngày
Từ vong do bệnh	365 ngày	Bệnh đặc biệt:	365 ngày
Thai sản:	Không bảo hiểm	Tai nạn:	0 ngày

Bảo hiểm Sức khỏe Tiêu chuẩn – “ECO CARE” - Mã sản phẩm : ECI

Chương trình	<input type="checkbox"/> ECO GIFT	<input type="checkbox"/> Cơ bản	<input type="checkbox"/> Tiêu chuẩn	<input type="checkbox"/> Nâng cao
--------------	-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Thời gian chờ áp dụng:

Bệnh thông thường (Nội&Ngoại trú):	30 ngày	Bệnh có sẵn:	365 ngày
------------------------------------	---------	--------------	----------

CÔNG TY CỔ PHẦN DỊCH VỤ VIETLIFE

Từ vòng do bệnh thông thường:	180 ngày	Bệnh đặc biệt:	Không bảo hiểm
Thai sản:	Không có quyền lợi	Tai nạn:	0 ngày

PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN PHÍ

PHÍ BẢO HIỂM PHẢI NỘP:

VNĐ

Quý khách có thể thanh toán phí theo các hình thức như sau:

Hạn thanh toán : **Không quá 10 ngày kể từ ngày điền hồ sơ**

<p>Đóng phí không bằng tiền mặt (Internet Banking) qua</p> <p><input type="checkbox"/> Tài khoản Ngân hàng của UIC</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Số tài khoản: 0011000028058 ◆ Người thụ hưởng: Cong ty Bao hiem lien hiệp ◆ Địa chỉ: Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam (VCB) - 31 - 33 Ngô Quyền, Quận Hoàn Kiếm <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>◆ Ghi rõ “Tên bên mua bảo hiểm (không dấu) - Thanh toán phí BHSK – Mã sản phẩm ”</p> </div> <p><input type="checkbox"/> Tài khoản Ngân hàng của đại lý</p> <p>Trường hợp (2) Đại lý cần gửi thông báo về việc giao dịch giữa khách hàng và đại lý cho Công ty Bảo hiểm trong vòng 10 ngày làm việc</p>	<p>Đóng phí bằng tiền mặt qua</p> <p><input type="checkbox"/> Nộp tiền Tại Văn phòng UIC</p> <p><input type="checkbox"/> Nộp tiền Cho Đại lý</p> <p>Trường hợp (2) Đại lý cần gửi bản chụp/scan phiếu thu thể hiện việc giao dịch giữa khách hàng và đại lý cho Công ty Bảo hiểm trong vòng 10 ngày làm việc</p>
--	---

PHẦN KÊ KHAI SỨC KHỎE

Câu hỏi áp dụng cho	NDBH Chính Có Không	NDBHBS 1 Có Không	NDBHBS 2 Có Không	NDBHBS 3 Có Không	NDBHBS 4 Có Không	NDBHBS 5 Có Không
1. Bạn có bị dị tật nào không? Bẩm sinh hay mắc phải sau này	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Bạn có bị tai nạn bao giờ không? Sau đó có để lại thương tật không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Bạn có mắc phải bệnh nào trong các bệnh dưới đây không?						
a) Bệnh viêm gan lách	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Nhiễm siêu vi viêm gan B,C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Bệnh lao	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) d. Bệnh hoa liễu (lậu giang mai, nhiễm HIV, bị AIDS, hoặc những bệnh liên quan đến AIDS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Ung thư	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Động kinh co giật	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Bệnh thần kinh (Parkinson, Alzheimer, bại não...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) Bệnh máu não (tai biến mạch máu não, thiếu máu não...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Bướu cổ, cường giáp, suy thận	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Bệnh LUPUS ban đỏ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) Bệnh tim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) Cao huyết áp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Bệnh về máu (thiếu máu, suy tủy, rối loạn đông máu...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n) Bệnh về khớp (viêm khớp, sốt thấp khớp, Gout)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
o) Bệnh về cơ xương (teo cơ, nhược cơ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
p) Bệnh thận (suy thận, sỏi thận, thận mỡ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
q) Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CÔNG TY CỔ PHẦN DỊCH VỤ VIETLIFE

r) Bệnh hen (suyễn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
s) Các bệnh khác nếu có? - Tên bệnh - Thời điểm mắc bệnh	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.Xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau. Bạn có :						
a) Đang trong thời gian nằm viện vào thời điểm tham gia đơn không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Bị vàng da không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Nhức đầu kèm theo ói mửa, nhìn một thành hai hình không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Bị ù tai, lãng tai không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Bị khó thở không? Khi hít vào hay thở ra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Bị phù không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Bị phẫu thuật (tim, bụng, vú, hay các nơi khác trên cơ thể)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) Bị nuốt khó, nuốt nghẹn hoặc khó phát âm không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Bị ho ra máu không? Ho kéo dài trên hai tháng không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Bị nôn ra máu, đi tiểu ra máu không? Xuất huyết bất thường hậu môn không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) Bị chảy máu cam hay xuất huyết dưới da không	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.Trong vòng 6 tháng vừa qua bạn có phải điều trị bởi bác sỹ nào không? Nếu có, xin cho biết chi tiết - Lúc nào - Lý do - Dùng thuốc gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.Trong vòng 5 năm vừa qua, bạn có điều trị nội trú hay ngoại trú tại bệnh viện/trung tâm y khoa nào? Nếu có, xin cho biết chi tiết - Lúc nào - Lý do	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Câu hỏi áp dụng cho	NDBH Chính Có Không	NDBHBS 1 Có Không	NDBHBS 2 Có Không	NDBHBS 3 Có Không	NDBHBS 4 Có Không	NDBHBS 5 Có Không
7.Bạn đã từng được thực hiện xét nghiệm nào không? (Siêu âm, điện tim, thử nước tiểu, thử máu, chụp X quang, chụp cắt lớp (CT), nội soi, sinh thiết...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.Bạn đã từng tham gia bảo hiểm sức khỏe của các công ty bảo hiểm phi nhân thọ nao, kể cả UIC không? Nếu có vui lòng cho biết - Tên Công ty - Số tiền bảo hiểm - Bồi thường	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.Câu hỏi dành cho NỮ a) Bạn đã sinh mấy lần? b) Số con hiện có c) Bạn có đang mang thai không? d) Bạn có bị xuất huyết bất thường ở âm đạo không? e) Bạn có làm xét nghiệm Pap's, siêu âm tuyến vú, nhũ ảnh không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CÔNG TY CỔ PHẦN DỊCH VỤ VIETLIFE

f) Bạn có bao giờ có thai kèm biến chứng không?(mổ lấy thai, băng huyết sau sinh, hư thai liên tiếp hoặc sinh non...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.Câu hỏi dành cho trẻ em (dưới 15 tuổi)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a) Sinh có sự hỗ trợ như: hút, mổ, kèm không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Có sinh trước 38 tuần không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Có bất thường về phát triển tâm thần không? Có bị hội chứng down không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Xương/hệ cơ xương có bất thường không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Có anh/chị/em song sinh không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Tình trạng của anh /chị/em song sinh có bất thường không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CHI TIẾT VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TRONG TRƯỜNG HỢP TỬ VONG/THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN

(Không yêu cầu điền nếu quý khách không tham gia các quyền lợi tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn)

STT	Họ và tên	Giới tính	Quan hệ với bên mua bảo hiểm	Số CMND/Khai sinh	Ngày sinh	Quốc tịch	Tình trạng gia đình	Địa chỉ	Tỷ lệ % được hưởng

CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM

Với các câu hỏi lựa chọn, trường hợp bạn chọn có nghĩa là đã trả lời câu hỏi.

Tôi hiểu rằng bất kỳ việc che giấu sự thật, dù là cố tình hay vô ý đều có thể là cơ sở để Công ty Bảo hiểm đưa ra quyết định hủy hợp đồng bảo hiểm theo điều khoản hủy hợp đồng quy định trong Quy tắc / từ chối chi trả bất kỳ quyền lợi mà lẽ ra có thể được chi trả và đồng ý rằng mẫu thông tin và kê khai này sẽ làm cơ sở để xác lập hợp đồng giữa tôi và Công ty Bảo hiểm và sẽ được thể hiện trong hợp đồng đó

Tôi hiểu rằng tất cả Bệnh có sẵn trước ngày có hiệu lực của bảo hiểm sẽ **KHÔNG** được thanh toán trong năm đầu tiên.

Tôi đã được đại lý/nhân viên công ty bảo hiểm tư vấn và đã hiểu rõ về thời gian chờ trong năm đầu tiên của hợp đồng bảo hiểm

Tôi hiểu rằng tôi có thể tìm kiếm sự tư vấn từ công ty bảo hiểm hoặc đại lý bảo hiểm trước khi hoàn thành bản kê khai này và sẽ chịu trách nhiệm kiểm tra sản phẩm này có phù hợp với nhu cầu tài chính và mục đích bảo hiểm của tôi.

Chữ ký của Bên mua Bảo hiểm

Chữ ký của Người được Bảo hiểm Chính
(Không yêu cầu ký nếu NĐBH là trẻ em)

Chữ ký của Người được Bảo hiểm Bổ sung
(Không yêu cầu ký nếu NĐBH là trẻ em)