

**PHIẾU YÊU CẦU THAM GIA SẢN PHẨM BẢO HIỂM SỨC KHỎE
THEO CHƯƠNG TRÌNH “THẨM ĐỊNH ĐƠN GIẢN, BẢO VỆ VỆN TOÀN”**
(Chương trình theo Thông báo số AIAVCM 1909-001)
(Mẫu POS22_2024.10)

Hợp đồng bảo hiểm (“HĐBH”) số: Số Điện thoại:
 Bên mua bảo hiểm (“BMBH”): CMND/CCCD:

Tôi, Bên mua bảo hiểm yêu cầu tham gia Sản Phẩm Bảo Hiểm Sức Khỏe Bùng Gia Lực cho HDBH nêu trên như sau: (Vui lòng điền đầy đủ thông tin & đánh dấu (✓) vào ô thích hợp):

Quyền lợi chính Việt Nam	Quyền lợi chính Toàn Cầu (trừ Liên Bang Hoa Kỳ)	Quyền lợi điều trị Ngoại trú	Quyền lợi chăm sóc Nha khoa	Họ tên NĐBH	Chương trình		
					Cơ bản	Nâng cao	Toàn diện
☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐

KHAI BÁO THÔNG TIN CÁ NHÂN VÀ THÔNG TIN SỨC KHỎE CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN	Người được bảo hiểm (“NDBH”) bổ sung thứ nhất (“NDBHBS 1”)	Người được bảo hiểm (“NDBH”) bổ sung thứ hai (“NDBHBS 2”)
1. Họ và tên		
2. Giới tính	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ
3. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu		
4. Ngày sinh		
5. (Các) Quốc tịch		
6. Nghề nghiệp và Công việc cụ thể	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:
7. Chức vụ		
8. Tên cơ quan làm việc		
9. Địa chỉ thường trú		
10. Nơi ở hiện tại (nếu khác thường trú)		
11. Số điện thoại		
12. Quan hệ với BMBH	☐ Bản thân ☐ Cha/Mẹ ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ruột ☐ Khác:	☐ Bản thân ☐ Cha/Mẹ ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ruột ☐ Khác:

B. THÔNG TIN SỨC KHỎE	NĐBHBS 1		NĐBHBS 2	
	CÓ	KHÔNG	CÓ	KHÔNG
1. Đối với câu hỏi này; Công ty không giới hạn thời gian khai thác thông tin sức khỏe cũng như lịch sử khám, điều trị bệnh; theo đó NĐBH cần kê khai tất cả thông tin về tình trạng sức khỏe đã có trước thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. NĐBH đã từng mắc phải hay được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bất kỳ thương tổn hoặc bệnh được liệt kê sau đây không? • Ung thư, khối u, bướu, nang, polyp hoặc các khối tăng trưởng bất thường • Tăng huyết áp hoặc rối loạn về tim (bao gồm bệnh động mạch vành, động mạch chủ) • Đột quỵ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua • Bệnh đái tháo đường, tăng đường huyết hoặc rối loạn về tuyến giáp • Rối loạn tiêu hóa mãn tính, rối loạn về gan hoặc thận • Bệnh phổi mãn tính, bệnh hen suyễn hoặc bệnh lao • Rối loạn về tai hoặc mắt (*) • Đau khớp mãn tính, viêm khớp hoặc đau lưng mãn tính kéo dài hơn 3 tháng • Bệnh tâm thần hoặc rối loạn thần kinh • Dị tật bẩm sinh, thương tổn hoặc dị dạng về thể chất • Nhiễm HIV, bệnh AIDS, nhiễm siêu vi viêm gan B hoặc siêu vi viêm gan C (*) Ngoại trừ tật khúc xạ của mắt hoặc nhiễm trùng cấp tính đã hồi phục (một đợt bệnh)	☐	☐	☐	☐
2. Trong 3 năm gần đây, NĐBH đã bao giờ: • Nhập viện để điều trị bệnh hoặc chấn thương trong 3 ngày liên tục trở lên • Được kê toa thuốc (đơn thuốc) hoặc điều trị y tế liên tục trong 7 ngày trở lên • Trải qua bất kỳ xét nghiệm nào sau đây cho kết quả bất thường và được tư vấn điều trị y tế -xét nghiệm máu, phân, chụp nhũ ảnh, siêu âm, phết tế bào cổ tử cung, điện tâm đồ (ECG), chụp MRI hoặc CT scan • Được khuyên nên thực hiện hơn nữa điều tra về y tế, hoặc đang chờ kết quả xét nghiệm, điều trị hoặc phẫu thuật	☐	☐	☐	☐
3. NĐBH đã từng bị từ chối, tạm hoãn hoặc chấp nhận có các điều khoản đặc biệt (bao gồm tăng phí, loại trừ) đối với hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, bệnh hiểm nghèo, tai nạn hoặc y tế?	☐	☐	☐	☐

Tôi, Bên mua bảo hiểm theo đây đồng ý và xác nhận với Công Ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ AIA (Việt Nam) (“Công ty” hoặc “AIA Việt Nam”) các nội dung sau:

- Đã được tư vấn đầy đủ, rõ ràng về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm và hiểu rõ sản phẩm bảo hiểm tôi/chúng tôi chọn phù hợp với nhu cầu và khả năng tài chính của tôi/chúng tôi.
- Đồng ý với việc tham gia Sản Phẩm Bảo Hiểm Sức Khỏe Bùng Gia Lực qua phương thức gửi Phiếu yêu cầu này sẽ đồng nghĩa với việc không tham gia chương trình Quyền lợi thưởng sống khỏe Vitality gắn kèm (nếu có).
- Trong trường hợp Tôi có thay đổi về Chương trình bảo hiểm của Sản Phẩm Bảo Hiểm Sức Khỏe Bùng Gia Lực khác với (các) lựa chọn theo Phiếu yêu cầu này, Tôi hiểu và xác nhận sẽ thực hiện theo quy trình thẩm định của Công ty tương ứng với sự thay đổi đó.
- Yêu cầu thay đổi này chỉ có giá trị hiệu lực khi được AIA Việt Nam chấp thuận bằng văn bản và với điều kiện NĐBH còn sống tại thời điểm chấp thuận.
- Cho phép Công ty sử dụng và cung cấp các thông tin thu thập được liên quan đến HĐBH và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến tôi cho các cá nhân/đơn vị liên kết hoặc bên thứ ba độc lập, ở trong hay ngoài Việt Nam, để thực hiện việc xử lý thông tin, tư vấn hay cung cấp thông tin liên quan đến sản phẩm hay dịch vụ, hoặc nhằm mục đích phục vụ hoạt động kinh doanh của Công ty.
- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có liên quan, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ, ...) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu Công ty có yêu cầu.
- Cho phép Công ty thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền (bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ) hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, lưu trữ, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu.
- Tôi đã đọc và đồng ý với các nội dung liên quan đến Chính sách bảo vệ dữ liệu cá nhân của AIA Việt Nam tại đường dẫn: <https://www.aia.com.vn/vi/dich-vu/chinh-sach-bao-ve-du-lieu-ca-nhan.html>

Để bảo vệ quyền lợi của mình, Quý khách vui lòng kiểm tra và đảm bảo thông tin đã được điền đầy đủ và chính xác trước khi ký.

BÊN MUA BẢO HIỂM (Ký và ghi rõ Họ tên) Họ tên: Ngày/...../.....	NGƯỜI NỘP YÊU CẦU ☐ Đại lý: MS: ☐ NV thu phí : MS: ☐ NĐBH: ☐ Bưu điện ☐ Khác: Ngày /..... /.....
NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG THỨ 1 (Ký và ghi rõ Họ tên) Họ tên: Ngày/...../.....	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG THỨ 2 (Ký và ghi rõ Họ tên) Họ tên: Ngày/...../.....