

**THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH) / INFORMATION OF THE INSURED**

Họ và tên / Full name \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh  /  /  /  /  /   
Tên cũ / Khác / Former / Other name \_\_\_\_\_ Date of birth (ngày/tháng/năm) / (dd/mm/yyyy)  
Nơi sinh / Country of Birth \_\_\_\_\_ Số CMND hoặc Hộ chiếu / Identity Card or Passport  
\_\_\_\_\_  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /   
Quốc tịch / Nationality \_\_\_\_\_ Ngày cấp / Date of Issue \_\_\_\_\_  
Đa quốc tịch / Multi- Nationality Có / Yes \_\_\_\_\_ Không / No \_\_\_\_\_ Nơi cấp / Place of Issue \_\_\_\_\_  
Nếu CÓ, vui lòng cung cấp đầy đủ thông tin bên dưới / If YES, please provide more details  
Quốc tịch khác 1 / Other nationality 1 \_\_\_\_\_ Địa chỉ đăng ký tại nước có quốc tịch khác 1 / Registered address in the country of other nationality 1  
\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Quốc tịch khác 2 / Other nationality 2 \_\_\_\_\_ Địa chỉ đăng ký tại nước có quốc tịch khác 2 / Registered address in the country of other nationality 2  
\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Địa chỉ nhận thư / Postal Address \_\_\_\_\_  
Địa chỉ thường trú / Permanent Address \_\_\_\_\_  
Địa chỉ nơi ở hiện tại / Current Residential Address \_\_\_\_\_  
Số ĐTDĐ / Mobile \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Nghề nghiệp / Occupation \_\_\_\_\_

**CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM LỰA CHỌN / POLICY OPTIONS**

Quyền lợi bảo hiểm / Insurance benefits	Nhóm A / Plan A (VND)	Nhóm B / Plan B (VND)
1. Tử vong / Death	504,000,000	840,000,000
2. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn / Permanent total disablement	504,000,000	840,000,000
3. Thương tật bộ phận vĩnh viễn / Permanent partial disablement	504,000,000	840,000,000
4. Chi phí y tế (hàng năm) / Medical expenses (annually)	x	16,800,000
5. Trợ cấp tuần (lên đến 24 tuần) / Weekly benefit (up to 24 weeks)	x	840,000
<b>Phí bảo hiểm (hàng năm) / Premium (annually)</b>	<b>588,000</b>	<b>1,176,000</b>

Thời hạn bảo hiểm / Period of insurance: Từ / From \_\_\_\_\_ Tới / To \_\_\_\_\_

**NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM / BENEFICIARY**

Tên / Name \_\_\_\_\_ Số CMND / Identity card \_\_\_\_\_  
Địa chỉ / Address \_\_\_\_\_ Quan hệ với NĐBH / Relationship with Insured \_\_\_\_\_

**CAM KẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM / UNDERTAKINGS BY THE INSURED**

- Tôi cam đoan rằng hiện tại tôi hoàn toàn khỏe mạnh, không bị bệnh thần kinh, tâm thần, không trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật hoặc bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên. / I warrant that I am being completely healthy, suffering from no schizophrenic diseases or not under any special treatment or suffering from any permanent disablement of more than 50%.
- Tôi đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này cùng với việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm sẽ làm cơ sở cho Hợp đồng bảo hiểm giữa chúng tôi và Bảo Việt. Tôi thừa nhận rằng, trong trường hợp có bất kỳ sai sót, không đúng sự thật nào trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này có thể làm mất hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. / I also warrant that the above statements and particulars are true and agree this proposal and my paying premium shall form the basis of the Contract between myself and Bao Viet. I affirm any mistake or faithfulness can invalidate this contract.
- Tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp một bản Điều khoản và Điều kiện bảo hiểm và tôi đồng ý tuân theo các điều khoản đó. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã đọc và hoàn toàn hiểu rằng phạm vi và đặc điểm của sản phẩm bảo hiểm sẽ do Điều khoản và Điều kiện bảo hiểm này điều chỉnh. / I confirm that I have been provided with a copy of the Terms and Conditions and I agree to be bound by them. I also acknowledge that I have read and fully understood that the coverage and product features shall be subject to the Term and Conditions.
- Bằng việc sử dụng sản phẩm của Bảo Việt, Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Bảo Việt cung cấp thông tin cá nhân của tôi/chúng tôi cho bên thứ ba nhằm mục đích khảo sát chất lượng dịch vụ và đánh giá mức độ hài lòng của khách hàng. / By using products of Bao Viet, I/We agree that Bao Viet can share my/our personal information with third party for assessment of service quality and customer satisfaction.

NĐBH ký và ghi rõ họ tên \_\_\_\_\_ Ngày / Date \_\_\_\_\_  
/ Name & Signature of Insured

Tên nhân viên / Staff name \_\_\_\_\_ Chi nhánh / Branch or TO name \_\_\_\_\_