

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM NHÂN THỌ

Số Giấy yêu cầu bảo hiểm

Số Hợp đồng bảo hiểm

Số phiếu thu phí bảo hiểm

Họ và tên Tư vấn bảo hiểm	Mã số Tư vấn bảo hiểm
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ngày

A. BÊN MUA BẢO HIỂM (trong tài liệu này sẽ được viết tắt là **BMBH**)

Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu BMBH cũng là Người được bảo hiểm chính

- Họ và tên (theo CMND/CCCD/Hộ chiếu) viết IN HOA
- Ngày tháng năm sinh Nơi sinh Nam Nữ
- CMND/CCCD/Hộ chiếu
Ngày cấp Nơi cấp
- Quốc tịch (Vui lòng liệt kê tất cả quốc tịch hiện có)
Quốc gia cư trú nộp thuế Mã số thuế
- Tình trạng hôn nhân Độc thân Kết hôn Góa Ly dị
- Quan hệ với Người được bảo hiểm Bản thân Vợ/Chồng Cha/Mẹ
 Khác (Vui lòng ghi rõ)
- Nghề nghiệp Chức vụ
Công việc
Cơ quan Địa chỉ
- Thu nhập hàng năm (triệu đồng)
- Tài khoản Ngân hàng (để nhận các khoản thanh toán, nếu có, liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm)
Số Tài khoản Chi nhánh
Chủ Tài khoản P.Giao dịch
Ngân hàng Tỉnh/T.Phố

10. Địa chỉ

Chi tiết	Địa chỉ thường trú	Địa chỉ liên lạc (nếu khác địa chỉ thường trú)
Số nhà/Đường/Tổ/Ấp/Thôn	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Phường/Xã/Thị trấn	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quận/Huyện/T.Xã/T.Phố	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tỉnh/T.Phố	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Điện thoại Di động Cố định

12. Thư điện tử (Email)

Tôi/Chúng tôi đồng ý nhận mọi thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm từ Generali Việt Nam qua địa chỉ thư điện tử và số điện thoại mà Tôi/Chúng tôi đã cung cấp.

Nếu không đồng ý, vui lòng đánh dấu vào ô này

13. Thông tin liên lạc khẩn cấp

Người liên lạc Giới tính Năm sinh

Điện thoại di động Quan hệ với BMBH

Email

Địa chỉ

B. NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (trong tài liệu này sẽ được viết tắt là **NĐBH**)

(Vui lòng điền thông tin nếu NĐBH chính không phải là BMBH)

1. Họ và tên viết IN HOA (theo CMND/CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh)

2. Ngày tháng năm sinh Nơi sinh Nam Nữ

3. CMND/CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh
 Ngày cấp Nơi cấp

4. Quốc tịch (Vui lòng liệt kê tất cả quốc tịch hiện có)
 Quốc gia cư trú nộp thuế Mã số thuế

5. Tình trạng hôn nhân Độc thân Kết hôn Góa Ly dị

6. Nghề nghiệp Chức vụ
 Công việc
 Cơ quan Địa chỉ

7. Thu nhập hàng năm (triệu đồng)

8. Địa chỉ

Chi tiết	Địa chỉ thường trú	Địa chỉ liên lạc (nếu khác địa chỉ thường trú)
Số nhà/Đường/Tổ/Ấp/Thôn		
Phường/Xã/Thị trấn		
Quận/Huyện/T.Xã/T.Phố		
Tỉnh/T.Phố		

9. Điện thoại Di động Cố định

10. Thư điện tử (Email)

C. NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG (NẾU CÓ)

(Nếu có NĐBH bổ sung được liệt kê ở mục này, vui lòng lập Tờ khai thông tin cho từng NĐBH bổ sung)

Họ và tên NĐBH bổ sung	Ngày sinh	Giới tính	Quan hệ của BMBH với NĐBH bổ sung

D. NGƯỜI THỤ HƯỞNG

- Người thụ hưởng có thể là Ông/Bà, Cha/Mẹ, Vợ/Chồng, Con, Anh/Chị/Em ruột của NĐBH.
- Tổng tỷ lệ % thụ hưởng của tất cả những Người thụ hưởng phải là 100%.

Họ tên – Giới tính	Số CMND/CCCD HC/KS – Ngày sinh	Nơi sinh – Quốc tịch - Tình trạng hôn nhân	Mã số thuế - Quốc gia cư trú nộp thuế	Tỷ lệ thụ hưởng (%) – Mối quan hệ với NĐBH chính

E. SẢN PHẨM YÊU CẦU BẢO HIỂM

(Vui lòng ghi thông tin phù hợp với thông tin trên Tài liệu minh họa Quyền lợi bảo hiểm)

Họ và tên (những) NĐBH	Sản phẩm bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Phí bảo hiểm (đồng)

Tổng phí bảo hiểm tạm tính (đồng)

Thời hạn bảo hiểm và Thời hạn đóng phí: Theo Tài liệu minh họa Quyền lợi bảo hiểm.

Kế hoạch đóng phí Định kỳ

Định kỳ đóng phí (*) Hàng năm Nửa năm Quý Khác

Phương thức đóng phí Tiền mặt Thẻ tín dụng/Ghi nợ Chuyển khoản Khác

F. CÁC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM HIỆN CÓ

Ông/Bà có hợp đồng bảo hiểm hoặc yêu cầu bảo hiểm tại bất kỳ Công ty bảo hiểm hoặc Tổ chức tài chính nào kể cả tại Generali Việt Nam không? Nếu Có, xin vui lòng trả lời chi tiết dưới đây:	NĐBH		BMBH	
	Có	Không	Có	Không
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tên công ty/tổ chức	Họ và tên NĐBH	Số hợp đồng	Số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực

Nếu có bất kỳ hợp đồng/yêu cầu bảo hiểm nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối bảo hiểm hoặc đình chỉ thực hiện đối với NĐBH, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết vào ô dưới đây:

G. TIỀN SỬ BỆNH CỦA GIA ĐÌNH

Cha, Mẹ, Anh, Chị, Em ruột của NĐBH/BMBH có ai được chẩn đoán (các) bệnh sau đây trước 60 tuổi không?	NĐBH		BMBH	
	Có	Không	Có	Không
a) Bệnh tim, ung thư, đột quy, đái tháo đường, tai biến mạch não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Xơ cứng rải rác, nhược cơ, thận đa nang, lao, tâm thần, trầm cảm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bệnh di truyền	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu Có, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết dưới đây:

Mối quan hệ với		Hiện nay		Nếu đã tử vong	
NĐBH	BMBH	Tuổi	Tình trạng bệnh	Tuổi lúc tử vong	Nguyên nhân

H. SỨC KHỎE VÀ TIỀN SỬ BỆNH CỦA NĐBH VÀ BMBH

Chi tiết	NĐBH		BMBH		Vui lòng ghi thông tin chi tiết cho câu trả lời Có
	Có	Không	Có	Không	
1. Chiều cao và cân nặng Chiều cao (cm) Cân nặng (kg)		
2. Cân nặng của Ông/Bà có thay đổi từ 5 kg trở lên trong vòng 12 tháng vừa qua mà không liên quan đến chế độ tập luyện/ăn uống được hướng dẫn bởi chuyên gia, bác sĩ không? Nếu Có, vui lòng cho biết số cân nặng thay đổi và lý do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Trong vòng 12 tháng vừa qua, Ông/Bà có hút thuốc lá không? Nếu Có, vui lòng cho biết số điếu hút mỗi ngày và thời gian đã hút được bao lâu: Số lượng hút (điếu/ngày) Từ năm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay có uống bia, rượu không? Nếu Có, vui lòng cho biết loại đồ uống và mức sử dụng trung bình hàng tuần: Số lần uống hàng tuần Lượng rượu uống mỗi lần (ml) (1 lít = 1.000 ml = 100 chén/4 xị rượu) Lượng bia uống mỗi lần (ml) (1 lít = 1.000 ml = 3 lon/chai bia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>5. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay:</p> <p>a. sử dụng thuốc gây nghiện hoặc chất gây nghiện, ví dụ như các sản phẩm từ thuốc phiện, thuốc an thần, cần sa, ma túy, chất gây ảo giác, amphetamin, cocain, thuốc lắc?</p> <p>b. được điều trị hoặc tư vấn liên quan đến việc sử dụng thuốc gây nghiện, chất gây nghiện, nghiện rượu, ma túy?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>6. Hiện nay Ông/Bà có tham gia hoặc dự định tham gia vào hoạt động mạo hiểm hoặc nguy hiểm, ví dụ như lặn, đua xe, leo núi, bay bằng máy bay quân sự/máy bay cá nhân, bay không phải với tư cách là hành khách?</p> <p>Nếu Có, vui lòng cho biết loại hình hoạt động, thời gian và số lần tham gia trong mỗi năm.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>7. Ông/Bà đã từng ở nước ngoài trong 12 tháng vừa qua hoặc dự định đi tới (các) quốc gia nào khác ngoài Việt Nam không?</p> <p>Nếu Có, vui lòng nêu tên quốc gia, thời điểm đi, thời gian lưu trú, và mục đích.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>8. Ông/Bà có đang hoặc chuẩn bị được điều trị y tế vì bất kỳ bệnh tật nào hoặc dự định khám, xét nghiệm, tư vấn bác sĩ, hoặc nhập viện vì bất kỳ lý do nào không?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>9. Trong 3 năm vừa qua, ngoại trừ kiểm tra sức khỏe định kỳ có kết quả bình thường, Ông/Bà đã bao giờ:</p> <p>a. có bất kỳ dấu hiệu bất thường, hoặc được khám/được tư vấn/được chẩn đoán/điều trị về bất kỳ bệnh nào?</p> <p>b. được làm xét nghiệm, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh (như: X-quang, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, siêu âm, sinh thiết, điện tâm đồ, xét nghiệm máu, gen, nhiễm sắc thể, nước tiểu, xét nghiệm khác)?</p> <p>Nếu Có, vui lòng ghi rõ kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và phương pháp điều trị.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>10. Ông/Bà đã từng có hoặc hiện nay có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng, hoặc mắc bệnh hoặc được khám, hoặc xét nghiệm, hoặc tư vấn, hoặc chẩn đoán, hoặc điều trị về bất kỳ bệnh nào được nêu dưới đây:</p> <p>(Xin lưu ý, cho dù dấu hiệu, triệu chứng, mắc bệnh, việc khám, xét nghiệm, tư vấn, chẩn đoán hoặc điều trị về các bệnh được nêu dưới đây đã xảy ra hơn 03 năm, Ông/Bà cũng cần phải khai báo chính xác và đầy đủ.)</p>					

<p>a. Tim mạch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ đau thắt ngực, tăng mỡ máu, cao huyết áp, xơ vữa mạch máu, dị dạng mạch máu, giãn tĩnh mạch, ▪ tai biến mạch máu não, nhồi máu não, xuất huyết não, thiếu máu não, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh màng tim, rối loạn nhịp tim, bệnh lý động mạch phổi, bệnh lý động mạch chủ. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>b. Hô hấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ khó thở, ho kéo dài trên 7 ngày, ho ra máu, hen suyễn, ▪ bệnh phổi mãn tính, bệnh phổi tắc nghẽn, bệnh lao, tràn dịch màng phổi, nhiễm Covid có điều trị tại khoa chăm sóc đặc biệt. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>c. Tiêu hóa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vàng da, vàng mắt, rối loạn chức năng gan, sỏi mật, xơ gan, viêm gan B, viêm gan C hoặc bất kỳ bệnh viêm gan, ▪ xuất huyết tiêu hóa, viêm/loét dạ dày, viêm/loét tá tràng, viêm/loét đại tràng, trào ngược dạ dày - thực quản, trĩ, bệnh hậu môn trực tràng, bệnh lý tuyến tụy. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>d. Tiết niệu sinh dục:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ phù, có máu hoặc đạm hoặc đường trong nước tiểu, ▪ sỏi đường niệu, nhiễm trùng đường niệu, suy thận, viêm cầu thận, viêm thận, hội chứng thận hư, nang tủy thận, ghép thận, cắt thận. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>e. Thần kinh - tâm thần:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ đau đầu hoặc chóng mặt kéo dài trên 7 ngày, run chân tay, yếu/liệt chân tay, bất tỉnh, ngất, đột quy, co giật, bệnh lý tủy sống, xơ cứng cột bên, ▪ động kinh, viêm não, viêm màng não, bại não, bệnh tủy sống, sa sút trí tuệ, trầm cảm, rối loạn tâm thần, Parkinson, Alzheimer. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>f. Nội tiết - Chuyển hóa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tiểu đường, rối loạn chuyển hóa đường, bướu cổ, u/nang/nhân tuyến giáp, rối loạn chức năng tuyến giáp, ▪ bệnh lý hay rối loạn chức năng tuyến thượng thận, tuyến yên. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>g. Da, Cơ-Xương-Khớp:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<ul style="list-style-type: none"> tàn tật, dị tật, thấp khớp, viêm khớp, gout, thoát vị đĩa đệm, bệnh lý về cơ, bệnh lý hay dị dạng về cột sống, bệnh lý hay dị dạng về lồng ngực, bệnh lý hay dị dạng về chi, thoái hóa khớp. 					
h. Huyết học: <ul style="list-style-type: none"> xuất huyết dưới da, xuất huyết giảm tiểu cầu, thiếu máu, máu không đông, bệnh bạch cầu, suy tủy, đã từng nhận truyền máu hoặc các sản phẩm từ máu, hoặc được khuyên không cho máu. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Mắt, Tai-Mũi-Họng: <ul style="list-style-type: none"> chảy dịch/máu/mủ lỗ tai, chảy máu mũi, giảm thị lực, giảm thính lực, nhìn đôi, lác mắt, khàn tiếng, khó phát âm, khó nuốt, nuốt nghẹn. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Khối u - Ung thư: <ul style="list-style-type: none"> u, nang, polyp, ung thư, ung thư tại chỗ, nốt hạch, nhiễm chất độc da cam, nhiễm hóa chất. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Ông/Bà hoặc Vợ/Chồng của Ông/Bà đã bao giờ: <ul style="list-style-type: none"> được tư vấn, thăm khám, xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS hoặc bất kỳ tình trạng nào liên quan đến HIV/AIDS, tình trạng suy giảm miễn dịch. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Bệnh lý khác: <ul style="list-style-type: none"> Lupus ban đỏ, khuyết tật, thương tật, bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, rối loạn hay bệnh về gen, rối loạn hay bệnh về nhiễm sắc thể, bệnh hệ thống, bệnh tự miễn, xơ cứng bì, đã từng được phẫu thuật, hoặc đã từng nằm viện. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Câu hỏi dành cho NĐBH là trẻ em (dưới 10 tuổi):					
a. Cân nặng lúc sinh của trẻ: (kg) Trẻ có được sinh non dưới 37 tuần? Nếu Có, trẻ được sinh vào tuần thứ mấy? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b. Trẻ có bất thường về phát triển thể chất, tâm thần, vận động?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. Trẻ có dị tật hoặc bệnh bẩm sinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

d. Trẻ có anh/chị em sinh đôi, sinh ba cùng giới hay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Câu hỏi dành cho NĐBH là Nữ:					
a. Bà có đang mang thai không? Nếu Có, vui lòng cho biết ngày dự sinh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Bà đã bao giờ có bất kỳ dấu hiệu, hoặc triệu chứng, hoặc mắc bệnh, hoặc được khám, hoặc xét nghiệm, hoặc tư vấn bác sĩ, hoặc chẩn đoán, hoặc điều trị về: <ul style="list-style-type: none"> ▪ rối loạn kinh nguyệt, ra máu âm đạo bất thường, ▪ xét nghiệm phết tế bào âm đạo - cổ tử cung cho kết quả bất thường, ▪ rối loạn hay bệnh lý của vú, tuyến vú, cơ quan sinh dục, hoặc ▪ bất kỳ biến chứng nào trong thai kỳ hay khi sinh con? (Xin lưu ý, cho dù dấu hiệu, triệu chứng, mắc bệnh, việc khám, xét nghiệm, tư vấn, chẩn đoán hoặc điều trị đã xảy ra hơn 03 năm, vẫn cần phải khai báo chính xác và đầy đủ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Ông/Bà có thường đến thăm khám hoặc tư vấn y khoa với bác sĩ nào không? Nếu Có, vui lòng cho biết tên và địa chỉ của bác sĩ/cơ sở y tế nơi thăm khám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CAM KẾT VỀ LUẬT TUÂN THỦ THUẾ ĐỐI VỚI TÀI KHOẢN Ở NƯỚC NGOÀI CỦA HOA KỲ (FATCA)

(Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới, nếu có)

Tôi/Chúng tôi/Người thụ hưởng là công dân/tổ chức hoặc cư trú dài hạn hợp pháp tại Hoa Kỳ

Tôi/Chúng tôi/Người thụ hưởng có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ bao gồm nơi sinh tại Hoa Kỳ và/ hoặc địa chỉ tại Hoa Kỳ và/hoặc số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ

Tôi/Chúng tôi/Người thụ hưởng có thực hiện nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ

Tôi/Chúng tôi với tư cách là BMBH/NĐBH và đại diện theo ủy quyền của (các) Người thụ hưởng theo đây đồng ý rằng:

- Trong trường hợp Tôi/Chúng tôi hoặc (các) Người thụ hưởng là công dân/tổ chức Hoa Kỳ hoặc là người có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ có nghĩa vụ kê khai thuế theo Luật Tuân thủ thuế đối với các tài khoản ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA), Tôi/Chúng tôi đồng ý nộp kèm tờ khai W9/W8 tương ứng theo hướng dẫn của Generali Việt Nam.
- Trong trường hợp Tôi/Chúng tôi hoặc (các) Người thụ hưởng có thay đổi bất kỳ yếu tố nào liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ, Tôi/Chúng tôi/(các) Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho Generali Việt Nam bằng văn bản và sẽ cung cấp thông tin/chứng từ cần thiết theo yêu cầu của Generali Việt Nam.

CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM, NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Tôi/Chúng tôi cam kết và đồng ý rằng:

- a. Tất cả thông tin nêu trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và trong bất cứ tài liệu nào cung cấp cho Generali Việt Nam hoặc bác sĩ của Generali Việt Nam đều là những thông tin trung thực và đầy đủ theo hiểu biết của Tôi/Chúng tôi. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng việc thăm định sức khỏe không phải là nghĩa vụ bắt buộc của Generali Việt Nam. Việc thăm định sức khỏe không thay thế cho nghĩa vụ kê khai thông tin đầy đủ và chính xác của BMBH/NĐBH.
 - b. Tôi/Chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm pháp lý với những gì đã khai báo và cam kết. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng nếu có bất kỳ thông tin nào cố tình không được kê khai hoặc cố tình kê khai không chính xác mà nếu biết được những thông tin đó Generali Việt Nam sẽ không nhận bảo hiểm hoặc nhận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn hoặc với điều kiện loại trừ bảo hiểm thì hợp đồng bảo hiểm có thể bị chấm dứt hiệu lực và quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả.
 - c. Kể từ ngày ký Giấy yêu cầu bảo hiểm này cho đến ngày Generali Việt Nam phát hành Giấy Chứng nhận bảo hiểm, Tôi/Chúng tôi sẽ thông báo cho Generali Việt Nam mọi thay đổi liên quan đến tình trạng sức khỏe của Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm. Trên cơ sở thông tin nhận được, Generali Việt Nam có quyền chấp nhận hoặc từ chối hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi.
 - d. Việc đóng phí bảo hiểm cùng với yêu cầu bảo hiểm này cho Generali Việt Nam không ràng buộc Generali Việt Nam phải chấp nhận bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chỉ có hiệu lực khi Generali Việt Nam đã hoàn toàn chấp nhận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, toàn bộ phí bảo hiểm đầu tiên đã được đóng đầy đủ trong khi Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm vẫn còn sống và trong tình trạng sức khỏe tốt.
 - e. Tôi/Chúng tôi không trong tình trạng mất khả năng trả nợ, bị tuyên bố phá sản, hoặc đang bị khởi tố/truy tố/xét xử hoặc khởi kiện.
- 2.** Tôi/Chúng tôi đồng ý để Generali Việt Nam thực hiện việc báo cáo và tiến hành xử lý hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật có liên quan nếu trường hợp giao dịch bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi thuộc diện phải báo cáo theo quy định của pháp luật phòng chống khủng bố, phòng chống rửa tiền.
- 3.** Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng: Generali Việt Nam có nghĩa vụ tuân thủ các quy định về cấm vận của Liên Hiệp Quốc, Liên Minh Châu Âu, Hoa Kỳ và Việt Nam. Do đó, Generali Việt Nam có quyền thực hiện tất cả các hành động cần thiết, bao gồm: báo cáo cho cơ quan/tổ chức có thẩm quyền, từ chối bảo hiểm, chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm,... khi xét thấy có dấu hiệu vi phạm quy định về cấm vận.
(Danh sách các quốc gia và vùng lãnh thổ bị cấm vận được cập nhật tại trang thông tin điện tử của Generali Việt Nam (<https://generalivn.vn/> hoặc <https://genvita.vn/>) theo từng thời điểm).
- 4.** Bằng việc ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm này, Tôi/Chúng tôi với tư cách là BMBH/NĐBH và đại diện theo ủy quyền của (các) Người thụ hưởng, cho phép Generali Việt Nam sử dụng các thông tin cá nhân của Tôi/Chúng tôi và (các) Người thụ hưởng, thông tin liên quan đến yêu cầu bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm này: để cung cấp cho bất kỳ cơ quan nhà nước có thẩm quyền nào khi được yêu cầu (bao gồm cơ quan quản lý thuế Hoa Kỳ); để thăm định, định phí bảo hiểm, phát hành/thực hiện hợp đồng bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, phòng chống khủng bố/rửa tiền, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn. Theo đó, Generali Việt Nam được phép cung cấp thông tin cho bên thứ ba cho (các) mục đích nêu trên. Ngoài ra, nếu không có sự đồng ý trước bằng văn bản hoặc không được pháp luật quy định, Generali Việt Nam không được phép chuyển giao các thông tin của Tôi/Chúng tôi cho bất kỳ bên thứ ba nào khác.

5. Tôi/Chúng tôi cho phép Generali Việt Nam được quyền tự mình hoặc thông qua bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, công ty bảo hiểm, các cá nhân, tổ chức hay cơ quan khác, tìm hiểu, thu thập, sao chép, xử lý các thông tin cá nhân của Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm (bao gồm những thông tin, tài liệu sức khỏe, điều trị y tế) nhằm mục đích phục vụ cho việc thực hiện hợp đồng bảo hiểm hoặc giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm. Tôi/Chúng tôi đồng ý và chấp nhận cho phép bất cứ bên thứ ba nào được Generali Việt Nam tiếp xúc hoặc yêu cầu đều được quyền cung cấp các thông tin cá nhân (bao gồm những thông tin, tài liệu sức khỏe, điều trị y tế) của Tôi/Chúng tôi và (các) Người được bảo hiểm.
6. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm được giao kết và phát hành tại Việt Nam và bằng đồng Việt Nam. Mọi khoản thanh toán theo hợp đồng bảo hiểm, dù là do Generali Việt Nam thanh toán hay thanh toán cho Generali Việt Nam, sẽ được thực hiện bằng đồng Việt Nam và tại Việt Nam.
7. Tôi/Chúng tôi đã được giải thích rõ ràng, đầy đủ về quyền lợi của sản phẩm bảo hiểm được nêu trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và nhận thức được các đặc thù của sản phẩm bảo hiểm. Tôi/Chúng tôi đã được cung cấp đầy đủ tài liệu minh họa quyền lợi bảo hiểm và toàn bộ nội dung đã được trình bày, tư vấn, giải thích đầy đủ theo yêu cầu của Tôi/Chúng tôi. Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng việc tham gia bảo hiểm là hoàn toàn tự nguyện, không bị ép buộc và phù hợp với nhu cầu, năng lực tài chính cũng như nhu cầu bảo hiểm của BMBH.
8. Trong thời gian đóng phí bắt buộc của hợp đồng bảo hiểm, Tôi/Chúng tôi đề nghị và đồng ý rằng Giá trị Tài khoản hợp đồng sẽ được tự động trích để đóng Phí bảo hiểm định kỳ đến hạn nếu:
- i) Tôi/Chúng tôi không đóng đủ phí khi kết thúc thời gian gia hạn; và
 - ii) Giá trị Tài khoản hợp đồng đủ để đóng phí đến hạn.
- Tuy nhiên, vào mỗi định kỳ đóng phí, nếu Tôi/Chúng tôi muốn thay đổi yêu cầu này, Tôi/Chúng tôi sẽ gửi thông báo đến Generali. Khi đó, việc trích Giá trị Tài khoản hợp đồng để đóng phí cho kỳ phí đó sẽ không được thực hiện.
9. Generali Việt Nam có quyền hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp sau :
- a. BMBH không hoàn tất việc tiếp nhận Hợp đồng trong thời hạn quy định; hoặc
 - b. Trước khi kết thúc thời gian cân nhắc, Generali (i) không thể liên lạc được với BMBH (thông qua số điện thoại đăng ký trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này) để kiểm tra việc tham gia bảo hiểm; hoặc (ii) kết quả kiểm tra thông qua cuộc gọi với BMBH không đáp ứng được các tiêu chí thẩm định của Generali Việt Nam.
- Khi đó, Generali Việt Nam sẽ hoàn trả cho BMBH toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các quyền lợi đã chi trả trước đó và các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có).

Vui lòng đánh dấu vào ô bên phải nếu BMBH/NĐBH không đồng ý với các cam kết nói trên

LƯU Ý QUAN TRỌNG

- (1) Các thông tin/sự việc có thể đã cung cấp cho Tư vấn bảo hiểm hoặc các thông tin/sự việc mà BMBH/NĐBH không chắc chắn có quan trọng hay không thì xin vui lòng vẫn khai báo.
- (2) Để việc thông tin liên lạc đến BMBH được đầy đủ và kịp thời, xin vui lòng kiểm tra thông tin liên lạc của BMBH ở mục A (địa chỉ, số điện thoại, email) để chắc chắn rằng các thông tin này là rõ ràng và chính xác.
- (3) Đề nghị BMBH/NĐBH kiểm tra lại toàn bộ thông tin yêu cầu bảo hiểm và chắc chắn rằng BMBH/NĐBH hoàn toàn đồng ý với các thông tin đã kê khai.

Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi đã đọc, được nghe Tư vấn Bảo hiểm giải thích toàn bộ những câu hỏi, lời khai, quyền lợi bảo hiểm trong hồ sơ này, và những thông tin này là phù hợp với nhu cầu bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi. NĐBH xác nhận đã đồng ý cho BMBH đứng tên mua bảo hiểm cho mình.

Hồ sơ này được lập tại Lúc giờ, Ngày Tháng Năm

BÊN MUA BẢO HIỂM	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM
Họ và tên _____	Họ và tên _____

CAM KẾT CỦA TƯ VẤN BẢO HIỂM

Tôi cam kết rằng những thông tin trong Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ này là thông tin duy nhất mà BMBH và (những) NĐBH đã cung cấp cho tôi. Tôi đã không che giấu hoặc hướng dẫn cho khách hàng tạo dựng nên bất kỳ thông tin nào nhằm gây ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Generali Việt Nam.

Tôi cam kết đã gặp trực tiếp BMBH và (những) NĐBH để kiểm tra ban đầu các thông tin cá nhân, đã giải thích rõ các câu hỏi trong Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ và đã tư vấn cho BMBH và (những) NĐBH đúng theo quy định của Generali Việt Nam.

Tư vấn Bảo hiểm	
Họ và tên _____	
Điện thoại _____	
Mã CN/NH	

Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này được lập thông qua ứng dụng điện tử Genova của Generali Việt Nam và được Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Tư vấn bảo hiểm xác nhận bằng Thư xác nhận yêu cầu bảo hiểm qua ứng dụng điện tử Genova.