**GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM DƯ NỢ TÍN DỤNG**

***Kính gửi:* CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM AAA**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. THÔNG TIN NGƯỜI YÊU CẦU MUA BẢO HIỂM LÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM** | |
| \*Họ và tên: | \*Ngày sinh: |
| \*Số CMND/Hộ chiếu: | \*Điện thoại |
| \*Địa chỉ: | |
| **II. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG TÍN DỤNG** | |
| 1.Số hợp đồng tín dụng: 2.Loại hình vay:  Tín chấp  Thế chấp | |
| 3.Hình thức vay:  Vay cá nhân  Đồng vay ( ……..) | |
| 3.Hình thức/phương thức trả nợ:  trả gốc hàng tháng  Trả gốc hàng quý  Trả gốc cuối kỳ/12 tháng  Khác, cụ thể…………………………………………………………. | |
| 4. Số lần giải ngân và thời gian giải ngân  Một lần, Số tiền vay ban đầu =……………………VNĐ ( Theo HĐ Tín dụng ), Thời hạn vay: từ …………..đến…………..  Nhiều lần, số kế ước nhận nợ …………….., số tiền giải ngân…………….VND thời gian giải nhân từ……………………..đến……………………… | |
| **III. THÔNG TIN YÊU CẦU MUA BẢO HIỂM** | |
| 1. Điều kiện, điều khoản bảo hiểm: Quy tắc bảo hiểm dư nợ tín dụng cá nhân của Bảo hiểm AAA và những sửa đổi bổ sung (nếu có), được thống nhất giữa người được bảo hiểm và Bảo hiểm AAA. | |
| 2. Thời hạn bảo hiểm: Từ ………………….đến………………… | |
| 3. Dư nợ vay tại thời điểm mua bảo hiểm …………………..VND, Số tiền mua bảo hiểm: …………………………………….VND | |
| 4. Người thụ hưởng đầu tiên  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **IV. THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM** | |
| Ông/Bà đã từng mắc bệnh bẩm sinh, khuyết tật hay thương tật/tàn phế, thần kinh hoặc tâm thần nào không? | | Có  Không |
| Trong vòng 3 năm qua, Ông/Bà phải điều trị, nằm viện hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác? hoặc ở trong tình trạng cần phải điều trị trong bệnh viện trong vòng 12 tháng tới? | | Có  Không |
| Trong vòng 3 năm qua, Ông/Bà đã từng bị mắc, có dấu hiệu hoặc điều trị một hay nhiều trong các chứng bệnh sau: bệnh lao, tiểu đường, phổi, nhồi máu cơ tim, suy tim, tai biến mạch máu não và/hoặc bệnh liên quan tới tim mạch, chấn thương sọ não, suy chức năng gan, xơ gan, mắc bệnh máu nhiễm mỡ, gan nhiễm mỡ độ 1 và 2, suy hô hấp và lao phổi, suy thận, tiểu đường tupe I, tupe II đã có biến chứng hoặc giai đoạn phải sử dụng thuốc tiêm điều trị, suy tụy, khối u các loại hoặc ung thư, HIV hoặc các bệ hoặc các bệnh khác liên tục trên 2 tuần? | | Có  Không |
| Ông/Bà đã, đang tham gia hoặc dự định tham gia vào những hoạt động thể thao nguy hiểm nào không ? (đua mô tô, nhảy dù…) | | Có  Không |
| Ông/Bà đã bao giờ bị một công ty bảo hiểm từ chối bảo hiểm hoặc từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm sức khỏe tương tự? | | Có  Không |
| Nếu câu trả lời nào ở trên được trả lời là có, xin hãy nêu chi tiết về chuẩn đoán/tên xét nghiệm, ngày nhập viện điều trị, xuất viện, xét nghiệm, chi tiết điều trị, kết quả, nơi điều trị và bác sỹ điều trị: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |  |

*Tôi/Chúng tôi xin cam kết rằng những kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này là đầy đủ và trung thực. Hiện tại, tôi đang trong tình trạng sức khỏe bình thường, không mắc bất kỳ bệnh gì, không phải thực hiện bất kỳ điều trị y tế (kể cả nội trú hay ngoại trú) nào. Tôi hiểu và thoả thuận rằng, Bảo Hiểm AAA chỉ chịu trách nhiệm phù hợp với những điều khoản, điều kiện của Quy tắc bảo hiểm đã ban hành. Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị vô hiệu lực khi Bệnh lý của người được bảo hiểm đã tồn tại trước ngày bắt đầu bảo hiểm mà người được bảo hiểm không kê khai trong giấy yêu cầu bảo hiểm dù người được bảo hiểm đã biết hoặc những kê khai trong giấy yêu cầu này không trung thực.*

*Tôi đồng ý để cho Bác sỹ, bệnh viện hoặc các cơ sở y tế đã điều trị hoặc tư vấn sức khỏe cho tôi được cung cấp cho Bảo hiểm AAA hoặc tổ chức/cá nhân do Bảo hiểm AAA chỉ định mọi thông tin liên quan đến sức khỏe của tôi, bao gồm cả các kết quả kiểm tra sức khỏe, nhằm đáp ứng các yêu cầu về đánh giá rủi ro và giải quyết quyền lợi bảo hiểm.*

*…………, Ngày…....tháng……năm………*

**Người mua bảo hiểm**

Đồng thời là Người đề nghị được bảo hiểm

(Ký, ghi rõ họ tên)