

**Thông tin về người được bảo hiểm (NDBH) / Information of the Insured**

Họ và Tên / Full Name \_\_\_\_\_  
Địa chỉ nhận thư / Postal Address \_\_\_\_\_  
Địa chỉ thường trú / Permanent Address \_\_\_\_\_  
Nghề Nghiệp / Occupation \_\_\_\_\_

Ngày tháng năm sinh / /   
Date of Birth (ngày/tháng/năm/ (dd/mm/yyyy))  
Số CMND hoặc Hộ Chiếu / Identity Card or Passport   
Điện thoại / Telephone \_\_\_\_\_

**Chương trình bảo hiểm lựa chọn / Policy options**

Quyền lợi bảo hiểm / Insurance benefits	<input type="checkbox"/> Nhóm A / Plan A (VND)	<input type="checkbox"/> 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>Phi 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 NDBH / Relationship with Insured: \_\_\_\_\_

**Lệnh thanh toán tự động dựa vào ngày chuyển / Standing Instruction (Transfer of Funds) Based on Date**

Tôi đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tự động tái tục hàng năm với thời hạn là 01 (một) năm nếu tôi không có bất kỳ thông báo bằng văn bản nào gửi đến HSBC về yêu cầu chấm dứt việc tái tục hợp đồng bảo hiểm và hủy lệnh thanh toán tự động trước ít nhất 01 (một) ngày làm việc tính từ ngày lệnh thanh toán tự động thực thi. Đồng thời, tôi theo đây đồng ý ủy quyền cho HSBC được tự động trích tài khoản của tôi tại HSBC để thanh toán phí bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm được tái tục. / I agree that this insurance policy will be automatically renewed on an annual basis with a term of 01 (one) year if I have no written notification to HSBC regarding request for termination of the renewal of the insurance policy and cancellation of the standing instruction at least 01 (one) working day prior to the execution date of the standing instruction. Concurrently, I hereby agree that HSBC is authorized to debit my account at HSBC for the payment of insurance premium of the renewed insurance policy.

1. Tài khoản chính (để chuyển tiền) / Primary Account Number (to be debited) _____	2. Tên chủ tài khoản / Account Name _____
3. Ngày hiệu lực (Ngày hiệu lực phải trước ít nhất 03 ngày làm việc tính từ ngày đến hạn thanh toán phí bảo hiểm tiếp theo) / Effective date (Effective date should be at least 3 working days before the due date of next payment of insurance premium) _____	4. Định kỳ / Frequency: Hàng năm / Yearly
5. Chuyển khoản số tiền cố định là (vui lòng ghi rõ Đơn vị và số tiền thanh toán) / Transfer a fixed sum of (please specify Currency & Amount) _____ Đơn vị / Payment Currency _____	
6. Tên và địa chỉ của Ngân hàng của Người thụ hưởng / Name & Address of Beneficiary's Bank: _____	
7. Số tài khoản của Người thụ hưởng / Beneficiary's Account Number: _____	8. Tên Người thụ hưởng / Beneficiary's Name: _____
9. Nội dung thanh toán / Payment Narrative [Tên khách hàng]-[Tên sản phẩm]-[Số hợp đồng] (nếu có)-[Tên Nhân viên] / [Customer Name]-[Product Name]-[Policy Number] (if applicable)-[Sales Name] Dành cho tài khoản chính: _____ Dành cho Người thụ hưởng: _____	

**\* Tuyên bố / Declarations**

1. Tôi/ Chúng tôi khẳng định rằng nếu Lệnh thanh toán tự động này không thực hiện được do không đủ số dư trong tài khoản, Ngân hàng có quyền hủy Lệnh thanh toán tự động này mà không cần thông báo cho tôi/ chúng tôi. / I/ We understand that if there are insufficient funds in my/our account on three consecutive occasions, the Bank may cancel this instruction without prior advice to me/us.  
2. Tôi/ Chúng tôi hiểu rằng Ngân hàng sẽ không chịu trách nhiệm cho bất cứ sự chậm trễ hoặc thất lạc có thể xảy ra trong quá trình chuyển, truyền dữ liệu và/ hoặc chuyển/ nhận các khoản tiền. Tôi/ Chúng tôi cũng đồng ý bồi miễn mọi trách nhiệm của Ngân hàng đối với bất cứ sự thiệt hại, kiện tụng, tranh chấp, đòi bồi thường liên quan đến sự chậm trễ hoặc thất lạc nói trên. / I/ We understand that the Bank accepts no responsibility for any loss or delay which may occur in the transfer, transmission of data and/or transfer/receipt of funds. I/ We agree to indemnify the Bank against any damage, actions, proceedings, claims or demands that may arise in connection with such loss or delay.

## Cam kết của người được bảo hiểm / Undertakings by the Insured

1. 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%.
2. Tôi đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm 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 BAOVIET. I affirm any mistake or faithfulness can invalidate this contract.
3. 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 Terms and Conditions.

NDBH ký và ghi rõ họ tên  
Name & Signature of Insured

Ngày / Date \_\_\_\_\_

Tên nhân viên / Staff name \_\_\_\_\_

Chi nhánh/ Branch or TO name \_\_\_\_\_

*Lưu ý: thông tin trong đơn đăng ký chỉ mang tính tóm tắt, để biết thêm điều kiện và điều khoản chi tiết xin vui lòng tham khảo hợp đồng bảo hiểm. / Note: This proposal form is intended as a general summary. Please refer to the policy itself for exact terms and conditions.*

*Để biết thêm thông tin về sản phẩm cũng như cách đăng ký, vui lòng liên hệ đường dây nóng 24/7 số (84 8) 37 247 247  
To have more information about this protection plan and how to apply, please contact 24/7 Hotline: (84 8) 37 247 247*