



Kính gửi: Công ty TNHH Bảo hiểm nhân thọ Aviva

Phần 1 - Thông tin về Tổ chức/ Doanh nghiệp

Tên giao dịch chính thức:

(ghi bằng chữ in hoa)

Mã số thuế:

Ngày cấp

 / /

Nơi cấp

Giấy phép ĐKKD/ Giấy phép thành lập và hoạt động/ Quyết định thành lập:

Số giấy/QĐ:

Ngày cấp

 / /

Nơi cấp

Lĩnh vực hoạt động, kinh doanh

Địa chỉ đăng ký

Địa chỉ giao dịch

Điện thoại

Fax

Email

Họ và tên người đại diện giao dịch

Chức vụ

Theo Giấy ủy quyền số _____ ngày _____ tháng _____ năm _____ (nếu người đại diện giao dịch là người được ủy quyền)

Kết quả hoạt động/kinh doanh trong 3 năm gần nhất:

Năm báo cáo	/	/	/
Doanh thu (triệu đồng)			
Lợi nhuận trước thuế (triệu đồng)			
Lợi nhuận sau thuế (triệu đồng)			
Tổng tài sản (triệu đồng)			

Phần 2 – Thông tin về điều kiện bảo hiểm

Bằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này, chúng tôi đề nghị được tham gia bảo hiểm nhân thọ tại Aviva theo các điều kiện bảo hiểm tại (các) Giấy yêu cầu bảo hiểm đi kèm cho (những) người có tên tại **Phụ lục 1 – Danh sách Người được bảo hiểm** của Giấy yêu cầu bảo hiểm dành cho BMBH là tổ chức này.

Phần 3 – Thông tin khác

1. Mục đích của việc tham gia bảo hiểm cho những Người được bảo hiểm trên:

Gia tăng quyền lợi cho CBNV

Bảo vệ quyền lợi của Tổ chức

Khác _____

2. Những Người được bảo hiểm trên được tham gia bảo hiểm theo:

Chính sách chung của Tổ chức

Yêu cầu/thoả thuận riêng của NĐBH với Tổ chức

Khác _____

3. Nguồn ngân sách đóng phí bảo hiểm:

4. Bên mua bảo hiểm dự định sẽ chấm dứt hợp đồng bảo hiểm nhân thọ này trong các trường hợp nào dưới đây:

NĐBH rời bỏ Tổ chức

Theo sự thay đổi trong chính sách của Tổ chức

Khác _____

5. Bên mua bảo hiểm hiện đang tham gia bảo hiểm nhân thọ cho bao nhiêu người?

(không bao gồm những người được bảo hiểm theo GYCBH này)

6. Bên mua bảo hiểm có dự định sẽ tham gia bảo hiểm cho những người khác không?

Có

Không

....., ngày tháng năm 20....

Người đại diện giao dịch của Bên mua bảo hiểm
(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



PHỤ LỤC 1 – DANH SÁCH NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM
(Đính kèm GYCBH dành cho BMBH là tổ chức, ngày tháng năm)

TT	Họ và tên NĐBH	Ngày sinh	Số CMND/ HC	Địa chỉ thường trú	Số HĐLĐ/ QĐ tuyển dụng	Họ và tên Người thụ hưởng	Ngày sinh	Số CMND/ HC	Quan hệ với NĐBH	Địa chỉ thường trú
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

Tổng số Người được bảo hiểm: người

NHÂN VIÊN TƯ VẤN

Chữ ký

Bên mua bảo hiểm xác nhận toàn bộ Người lao động có tên trong Danh sách nêu trên đủ điều kiện sức khỏe để lao động và không vắng/ngỉ liên tục trong khoảng thời gian 7 ngày do ốm đau hoặc bệnh tật trong vòng 1 năm trước khi hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực, ngoại trừ các bệnh cảm cúm thông thường

Họ tên:

Mã số: