

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>A - CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM</b>				
1. Họ và tên (ghi bằng chữ in hoa):	2. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	3. Số CMND/ Hộ chiếu/Khai sinh	Ngày cấp	Nơi cấp
		<i>(Vui lòng nộp kèm bản sao)</i>		
4. Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	5. Tuổi	6. Nơi sinh	7. Quốc tịch 1 _____ Quốc tịch 2 (nếu có) _____	
8. Địa chỉ thường trú (nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Ấp/Thôn/Xóm)  Số nhà, tên đường: _____ Xã/phường/thị trấn: _____ Quận/huyện/thị xã: _____ Tỉnh/thành phố: _____ Địa chỉ email: _____ Điện thoại: (+84) _____ Di động: (+84) _____		9. Tên Công ty/Cơ quan làm việc:  Địa chỉ Công ty/Cơ quan làm việc (nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Ấp/Thôn/Xóm) Số nhà, tên đường: _____ Xã/phường/thị trấn: _____ Quận/huyện/thị xã: _____ Tỉnh/thành phố: _____ Địa chỉ email: _____ Điện thoại: (+84) _____		
10. Nghề nghiệp:	Chi tiết công việc:	Thu nhập hàng tháng:		

<b>B - CHI TIẾT VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM (Nếu không phải là Người được bảo hiểm)</b> <b>Trường hợp Bên mua bảo hiểm là Công ty hoặc Tổ chức, vui lòng bỏ qua mục 11-21 và điền theo mẫu "Thông tin Công ty/Tổ chức"</b>				
11. Họ và tên (ghi bằng chữ in hoa):	12. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	13. Số CMND/ Hộ chiếu/Khai sinh	Ngày cấp	Nơi cấp
		<i>(Vui lòng nộp kèm bản sao)</i>		
14. Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	15. Tuổi	16. Nơi sinh	17. Quan hệ với Người được BH	18. Quốc tịch 1 _____ Quốc tịch 2 (nếu có) _____
19. Địa chỉ thường trú (nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Ấp/Thôn/Xóm)  Số nhà, tên đường: _____ Xã/phường/thị trấn: _____ Quận/huyện/thị xã: _____ Tỉnh/thành phố: _____ Địa chỉ email: _____ Điện thoại: (+84) _____ Di động: (+84) _____		20. Tên Công ty/Cơ quan làm việc:  Địa chỉ Công ty/Cơ quan làm việc (nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Ấp/Thôn/Xóm) Số nhà, tên đường: _____ Xã/phường/thị trấn: _____ Quận/huyện/thị xã: _____ Tỉnh/thành phố: _____ Địa chỉ email: _____ Điện thoại: (+84) _____		
21. Nghề nghiệp:	Chi tiết công việc:	Thu nhập hàng tháng:		
22. Địa chỉ Công ty gửi thư liên lạc với khách hàng:  <input type="checkbox"/> Địa chỉ thường trú của Bên mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> Địa chỉ Công ty của Bên mua bảo hiểm		<input type="checkbox"/> Địa chỉ liên lạc hiện tại: _____ Số nhà, tên đường: _____ Xã/phường/thị trấn: _____ Quận/huyện/thị xã: _____ Tỉnh/thành phố: _____		



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23. Đăng ký chuyển khoản tự động (Công ty sẽ tự động chuyển khoản vào tài khoản bên dưới đối với các khoản thanh toán cho Bên mua bảo hiểm)  
 Số tài khoản của Bên mua bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Tên chủ tài khoản: \_\_\_\_\_  
 Tên Ngân hàng: \_\_\_\_\_ Sở GD/Chi nhánh/PGD: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ Ngân hàng: \_\_\_\_\_

**C- THÔNG TIN BÊN THỨ BA**

24. Có Bên thứ ba nào (ngoài Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hay Người thụ hưởng) sẽ đóng phí bảo hiểm, có thể tham gia vào, có thể đưa ra quyết định hoặc nhận quyền lợi từ Hợp đồng bảo hiểm này không?  Có  Không  
 Nếu có, đề nghị Bên mua bảo hiểm điền "Bảng khai báo Thông tin về Bên thứ ba"

**D- CÁC THÔNG TIN KHÁC VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ BÊN MUA BẢO HIỂM**

25. Ông/Bà đang yêu cầu bảo hiểm hoặc đang được bảo hiểm bởi Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) hoặc công ty khác?  Có  Không.  
 Nếu có, đề nghị cho biết các chi tiết sau đây:

Tên Công ty	Số Hợp đồng bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

<b>Ông/ Bà vui lòng GẠCH DƯỚI thông tin tại câu trả lời "CÓ":</b>	Người được BH		Bên mua BH		Trả lời chi tiết với các câu trả lời "CÓ"
	Có	Không	Có	Không	
26. Ông/Bà đã bao giờ bị tạm hoãn, từ chối đơn đề nghị mua bảo hiểm nhân thọ, tăng phí bảo hiểm hoặc được chào mua các loại bảo hiểm có quyền lợi bị hạn chế hoặc loại trừ; hoặc đã nộp đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Ông/Bà có đang tham gia hoặc có dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm như bay cá nhân, lặn biển, leo núi hoặc đua xe máy hoặc bay trên các phương tiện bay mà không phải là hành khách mua vé theo lịch bay của hãng hàng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Tiền sử sức khỏe gia đình: Cha/Mẹ/Anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm có được chẩn đoán bệnh tim, tăng huyết áp, đột quỵ, ung thư, bệnh đa u nang gia đình, bệnh thận đa nang, bệnh gan, viêm gan, bệnh Thalassemia hay bất kỳ bệnh di truyền nào khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**E- THÔNG TIN SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ BÊN MUA BẢO HIỂM**

	Người được BH		Bên mua BH		Với câu trả lời "CÓ" ghi rõ số câu hỏi và khai chi tiết: ngày khám, lý do khám, chẩn đoán của bác sĩ điều trị và kết quả điều trị. Ghi rõ họ tên và địa chỉ của bác sĩ, bệnh viện và phòng khám. Nộp bản sao chứng từ khám nếu có.
	Có	Không	Có	Không	
29. Chiều cao _____ cm					
30. Cân nặng _____ kg					
31. Cân nặng lúc sinh nếu Người được bảo hiểm dưới 2 tuổi <input type="text"/> kg					
<b>Ông/Bà có được chẩn đoán, điều trị hoặc có triệu chứng, dấu hiệu bất thường hay rối loạn liên quan đến bất kỳ bệnh hay triệu chứng nào dưới đây không? GẠCH DƯỚI bệnh/triệu chứng tại câu trả lời "CÓ"</b>					
32. Đau ngực, đánh trống ngực, tăng huyết áp, bệnh van tim, rối loạn nhịp tim, bệnh mạch vành, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh thấp tim, suy tim, dị dạng mạch máu, xơ vữa động mạch, viêm tắc động tĩnh mạch hoặc các rối loạn tim mạch khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Suy hô hấp, khó thở, ho ra máu, khàn tiếng/ho kéo dài, viêm xoang, viêm phế quản, viêm phổi, lao phổi, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, hen phế quản (suyễn), giãn phế quản, tâm phế mạn hoặc các rối loạn hô hấp khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Vàng da, gan to, xuất huyết tiêu hóa, cổ trướng, khó nuốt, nuốt nghẹn, viêm gan do rượu, viêm gan siêu vi B/C, xơ gan, bệnh dạ dày/túi mật/tụy, táo bón, khó tiêu thường xuyên, bệnh trĩ, biếng ăn hoặc các rối loạn tiêu hóa khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Rối loạn thị giác, rối loạn thính giác, kiềm khuyết phát âm, đau đầu, chóng mặt, rối loạn tuần hoàn não, thiếu máu não, nhồi máu não, rối loạn tiền đình, co giật, động kinh, hôn mê, liệt, đột quỵ, sa sút trí tuệ (bệnh Alzheimer), run tay chân (bệnh Parkinson), bệnh tâm thần kinh hoặc các rối loạn thần kinh khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Bệnh đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ, sốt kéo dài, tăng hoặc sút cân bất thường (>5kg/trong thời gian ≤ 1 năm), các rối loạn tại tuyến yên/tuyến giáp, các rối loạn chuyển hóa hoặc các bệnh nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

37. Dị dạng, tàn tật hoặc cắt bỏ chi, bệnh lao các cơ quan, bệnh Gút (thống phong), rối loạn tại cột sống/lưng/cổ/khớp/cơ bắp/xương/ dây thần kinh hoặc các rối loạn khác tại não, màng não, tủy sống?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Bệnh ung thư, có khối u, nổi hạch bất thường, ngộ độc hay nhiễm độc hóa chất, bỏng, bệnh phong, vẩy nến, bệnh xơ cứng bì, bệnh Lupus ban đỏ, các rối loạn dị ứng miễn dịch hay các rối loạn khác tại da?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Bệnh bẩm sinh, tím tái lúc sinh, chậm phát triển tâm thần/vận động, hội chứng Đào (Down), thiếu máu, máu khó đông, bệnh bạch cầu, suy tủy xương hoặc các rối loạn hệ tạo máu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Nước tiểu có đường/có đạm, phù, tiểu máu, tiểu mù, bí tiểu, tiểu không tự chủ, sỏi/viêm/dị dạng đường tiết niệu/thận, hội chứng thận hư, suy thận, các rối loạn tại tuyến tiền liệt, rối loạn kinh nguyệt hoặc các rối loạn sinh dục, tiết niệu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Bệnh hoa liễu, nhiễm HIV/AIDS, các tình trạng hoặc rối loạn liên quan đến AIDS, Ông/Bà đã từng làm xét nghiệm HIV chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Khám hay điều trị nội, ngoại khoa (phẫu thuật) các bệnh, triệu chứng chưa được nêu ở trên đây hay liên quan đến thẩm mỹ, triệt sản, vô sinh hoặc chuyển giới?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Có sử dụng ma túy hoặc các chất gây nghiện?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong vòng 5 (năm) năm trở lại đây, Ông/Bà có:				
44. Dùng thuốc điều trị gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Làm các xét nghiệm chẩn đoán như X-quang, siêu âm, điện tim, điện não, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, thử máu, nội soi hay sinh thiết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Khám (trừ các bệnh thông thường như cảm cúm hoặc kiểm tra sức khỏe định kỳ với kết quả bình thường), điều trị nội khoa, ngoại khoa (phẫu thuật) tại các bệnh viện hay phòng khám không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Thói quen sử dụng rượu bia: Vui lòng đánh dấu 1 trong 3 lựa chọn dưới đây:				
a. Chưa bao giờ uống rượu bia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Uống ít hơn hoặc bằng ( $\leq$ ) 14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Uống trên ( $>$ ) 14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
48. Thói quen sử dụng thuốc lá: Vui lòng đánh dấu 1 trong 3 lựa chọn dưới đây:				
a. Chưa bao giờ hút thuốc	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
b. Hút ít hơn hoặc bằng ( $\leq$ ) 30 điếu/ngày	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c. Hút trên ( $>$ ) 30 điếu/ngày	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**F - THÔNG TIN VỀ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM**

49. Sản phẩm: tham khảo Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm đính kèm.

a. Sản phẩm bảo hiểm chính:

b. Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ/ tăng cường: Tôi/chúng tôi đồng ý đóng phí bảo hiểm bổ trợ/tăng cường để duy trì hiệu lực.

c. Dành riêng cho sản phẩm Bảo Hiểm Liên Kết Đơn Vị - Đóng Phí Định Kỳ PHIÊN BẢN 2:

Tôi/ chúng tôi KHÔNG đăng ký rút Giá trị tài khoản hợp đồng để đóng phí bảo hiểm.

50. Phương thức đóng phí

- Tiền mặt
- Chuyển khoản
- Chuyển tiền từ hợp đồng số

51. Định kì đóng phí

- Năm  Quý
- Nửa năm  Tháng

52. Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm (Vui lòng ghi chi tiết; không để trống, không ghi là "Tài sản thừa kế")

Họ và tên	Số CMND/Hộ chiếu/ Khai sinh	Giới tính	Ngày sinh	Quan hệ với Người được BH chính	Địa chỉ	Tỷ lệ %

53. Yêu cầu khác

54. Xin vui lòng ký xác nhận tại phần dưới đây nếu Ông/Bà là công dân Mỹ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Mỹ hoặc có một trong các chỉ dấu sau: (i) số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Mỹ, (ii) mã số thuế tại Mỹ, hoặc (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Mỹ.

Xác nhận của Bên Mua Bảo Hiểm: \_\_\_\_\_

*Xin vui lòng lưu ý rằng trong trường hợp Ông/Bà không ký xác nhận tại phần trên, Công ty sẽ tự động hiểu rằng Ông/Bà không phải là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Mỹ dưới bất kỳ hình thức nào. Ông/Bà cũng cam kết thêm về việc sẽ thông báo cho Công ty trong thời hạn 30 ngày nếu như các thông tin trên có phát sinh thay đổi trong suốt thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và cho phép Công ty được cung cấp thông tin của Ông/Bà cho cơ quan quản lý thuế vụ Mỹ phù hợp với nghĩa vụ khai báo hoặc nộp thuế tại Mỹ. Các thông tin cần thu thập (theo mẫu của Công ty) và cung cấp sẽ bao gồm cả các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm của Ông/Bà.*

**CAM KẾT (XIN VUI LÒNG ĐỌC KỸ TRƯỚC KHI KÝ TÊN)**

Tôi/chúng tôi bằng việc ký tên dưới đây cam kết rằng tôi/chúng tôi đã đọc/được nghe đại lý đọc/giải thích toàn bộ nội dung/yêu cầu trong đơn này và các biểu mẫu khác, nếu có, và xác nhận tôi/chúng tôi đã đồng ý hoặc tự mình cung cấp và kê khai các thông tin và trả lời trong đơn này hay các biểu mẫu liên quan.

Tôi/chúng tôi khẳng định rằng tất cả các thông tin được cung cấp hay kê khai trong đơn này hay các biểu mẫu liên quan và bất kỳ thông tin nào khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) (dưới đây gọi là Công ty) hoặc bác sĩ theo chỉ định của Công ty là hoàn toàn đầy đủ, đúng sự thật và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi. Công ty không có nghĩa vụ phải xác định tính chính xác và/hoặc đầy đủ của các thông tin này và chỉ có nghĩa vụ cập nhật nếu tôi/chúng tôi có yêu cầu hoặc theo quy định của pháp luật.

Tôi/chúng tôi đồng ý rằng những thông tin này là căn cứ để Công ty thẩm định các điều kiện bảo hiểm và là cơ sở pháp lý để cấp Hợp đồng bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi đã xem và hoàn toàn đồng ý với nội dung của Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi xác nhận đã hiểu rằng:

- 1) Đơn này và các biểu mẫu được tôi/chúng tôi ký sẽ được xem là một phần của Hợp đồng bảo hiểm khi đơn này được Công ty chấp thuận. Hợp đồng bảo hiểm được cấp dựa trên Đơn này chỉ có hiệu lực khi đã được chấp thuận bởi Công ty và phí bảo hiểm đầu tiên đã được đóng đủ và các thông tin đã được kê khai về Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm không có sự thay đổi đáng kể tính từ ngày ký Đơn này đến ngày Công ty đồng ý cấp Hợp đồng bảo hiểm.
- 2) Hợp đồng bảo hiểm có thể bị vô hiệu hoặc bị Công ty đơn phương đình chỉ nếu tôi/chúng tôi không hoàn thành nghĩa vụ kê khai và cung cấp thông tin theo điều 19.2 hoặc 22.1 của Luật Kinh Doanh Bảo Hiểm số 24/2000/QH10.

Tôi/chúng tôi ủy quyền và cho phép các bác sĩ, bệnh viện, phòng khám hoặc các cơ sở y tế, Công ty bảo hiểm hoặc các cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân khác có hồ sơ hoặc biết về Người được bảo hiểm hoặc sức khỏe của Người được bảo hiểm được cung cấp cho Công ty và các công ty tái bảo hiểm của Công ty mọi thông tin về Người được bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi đồng ý rằng các thông tin và số liệu do chúng tôi cung cấp trong Đơn yêu cầu bảo hiểm này có thể được Công ty sử dụng cho mục đích tiếp thị, nghiên cứu thị trường, phục vụ khách hàng, và liên lạc hoặc thông báo các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm hoặc phục vụ các hoạt động kinh doanh của Công ty mà không cần có thêm bất kỳ chấp thuận nào khác. Ngoài các trường hợp trên, nếu không có sự đồng ý trước bằng văn bản, Công ty không được phép tiết lộ các số liệu và thông tin này cho bất cứ Bên thứ ba nào khác hoặc sử dụng các số liệu và thông tin này cho bất kỳ mục đích nào khác không liên quan đến mục đích tiếp thị, nghiên cứu thị trường và phục vụ khách hàng của Công ty. Tôi/chúng tôi đồng ý sử dụng địa chỉ thư điện tử (email) mà tôi/chúng tôi đăng ký với Công ty để nhận bộ Hợp đồng bảo hiểm và các thông báo/tài liệu liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Tôi/chúng tôi có trách nhiệm bảo mật tài khoản email, mật khẩu sử dụng và các thông tin mà Công ty đã chuyển cho tôi/chúng tôi và tự chịu trách nhiệm đối với mọi thiệt hại, tổn thất liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm do việc tôi/chúng tôi để lộ thông tin về Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc địa chỉ thư điện tử và/hoặc mật khẩu sử dụng dẫn đến người khác có thể tiếp cận những thông tin mà Công ty cung cấp, và/hoặc những thông tin trong thư điện tử bị sử dụng bởi một Bên không có thẩm quyền, trừ trường hợp việc tiết lộ đó là do lỗi của Công ty.

Tôi/chúng tôi hiểu rõ những bất lợi sau nếu hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hiện có để mua Hợp đồng bảo hiểm mới: những thay đổi về điều khoản bảo hiểm, các khoản phí bảo hiểm phải trả có thể rất cao trong thời gian đầu của Hợp đồng bảo hiểm, mất những quyền lợi tài chính đã tích lũy qua nhiều năm. Tôi/chúng tôi xác nhận sẽ tự chịu trách nhiệm về quyết định hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm này (nếu có).

Bản sao của Đơn này sẽ có hiệu lực như bản gốc.

Ký tại \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người được bảo hiểm/Chữ ký của cha/mẹ hoặc người giám hộ của Người được bảo hiểm nếu dưới 18 tuổi (Ghi rõ họ tên)

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm nếu không phải là Người được bảo hiểm (Ghi rõ họ tên)

Chữ ký của Đại lý bảo hiểm/ Người làm chứng (Ghi rõ họ tên và mã số đại lý, khu vực)