

ĐƠN YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Đây **KHÔNG** phải là Phiếu thu phí bảo hiểm và **KHÔNG** được xem là bằng chứng của việc nộp phí BH

Số Hợp Đồng Bảo Hiểm:

Bên Mua Bảo Hiểm: _____ Người Được Bảo Hiểm: _____

Bằng văn bản này, Tôi/Chúng tôi, Bên Mua Bảo Hiểm (“BMBH”) đề nghị Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) (“Công ty”) khôi phục hiệu lực Hợp Đồng Bảo Hiểm trên.

I. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG (Đề nghị Quý khách đánh dấu “✓” vào một trong các hạng mục tương ứng) <input type="checkbox"/> Hợp Đồng mất hiệu lực trong vòng 2 tháng <input type="checkbox"/> Hợp Đồng mất hiệu lực trên 2 tháng và trong vòng 06 tháng (Quý khách cần khai báo thông tin sức khỏe tại Phần II) <input type="checkbox"/> Hợp Đồng mất hiệu lực trên 6 tháng và trong vòng 24 tháng (Quý khách cần bổ sung Tờ khai thông tin về BMBH/NDBH)		
II. KHAI BÁO THÔNG TIN SỨC KHỎE	NDBH	BMBH
1. Đã bao giờ NDBH/BMBH bị từ chối/hoãn cấp hoặc được chấp thuận bảo hiểm với hạn chế về quyền lợi hoặc mức phí bảo hiểm cao hơn bình thường khi yêu cầu tham gia bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm bệnh lý nghiêm trọng, bảo hiểm thương tật hay bảo hiểm nằm viện?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
2. Đã bao giờ NDBH/BMBH có những triệu chứng hay được chẩn đoán hay được điều trị về bất kỳ bệnh hay triệu chứng, bao gồm: bệnh ung thư hay bất kỳ sự phát triển nào của các khối u, bệnh tiểu đường, cao huyết áp, đau ngực, nhồi máu cơ tim, đột quy, bệnh lý mạch máu não hoặc bất kỳ bệnh lý hay rối loạn nào của tim, mạch máu (ví dụ như mạch vành), phổi, máu, thận, gan, dạ dày, ruột, tụy, viêm gan B hay C (bao gồm người lành mang mầm bệnh viêm gan siêu vi B), bệnh tâm thần, viêm khớp dạng thấp, HIV hay hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc bất kỳ bệnh lý nghiêm trọng nào khác?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
3. Trong vòng 12 tháng qua, đã bao giờ NDBH/BMBH đi khám bệnh hoặc dự định đi khám bệnh tại bệnh viện, phòng khám hoặc phòng mạch bác sĩ do bất kỳ bệnh lý, tổn thương, phẫu thuật, điều trị hay xin tư vấn và/hoặc đề được thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán (như điện tâm đồ, X quang, xét nghiệm máu, v.v) về các rối loạn hay bệnh lý chưa được đề cập ở câu 2 nêu trên và/hoặc có đang dùng thuốc thường xuyên?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
4. Hiện tại, NDBH/BMBH có bất kỳ dấu hiệu hay triệu chứng của bệnh lý hay rối loạn bất thường của cơ thể nào mà chưa đi thăm khám không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Đối với câu trả lời “Có”, vui lòng ghi rõ số câu hỏi và trả lời các chi tiết, tình trạng, ngày, thời gian và kết quả điều trị, ghi rõ họ tên và địa chỉ của bác sĩ, bệnh viện, phòng khám và chứng từ y khoa.		
Thay đổi khác: _____		
Phí bảo hiểm khôi phục hiệu lực HDBH: _____ đồng <input type="checkbox"/> Chuyển khoản <input type="checkbox"/> Tiền mặt		

III. KHAI BÁO THUẾ

Khai báo thuế dành cho công dân Mỹ hoặc là người có nghĩa vụ 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

Tôi/Chúng tôi đã hoàn tất khai báo mẫu W-8BEN hoặc W-8BEN-E hoặc W-9

Trong trường hợp Quý khách quyết định không điền vào phần này, bằng việc ký tên bên dưới Quý khách xác nhận về việc đồng ý với các điều khoản được nêu tại mục A mặt sau đơn này (trang 2).

IV. CAM KẾT

Tôi/Chúng tôi, bằng việc ký tên dưới đây, xác nhận đã đọc và đồng ý với các cam kết được nêu tại mặt sau đơn này (trang 2).

Chữ ký và họ tên NDBH (Nếu NDBH khác BMBH và trên 18 tuổi) _____ Chữ ký và họ tên BMBH/ Người Được Ủy Quyền Hợp Pháp _____ Chữ ký, họ tên Đại Lý/ Người Làm Chứng _____

Ngày / / _____ Ngày / / _____ Ngày / / _____
Người thực hiện: _____ Ngày thực hiện: _____ Người kiểm tra: _____ Ngày kiểm tra: _____

Mã số Đại Lý: _____





MỤC A: CAM KẾT KHAI BÁO THUẾ

- i. Tôi/Chúng tôi không phải 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, hoặc (ii) mã số thuế tại Mỹ, hoặc (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Mỹ vào thời điểm yêu cầu thay đổi Hợp Đồng Bảo Hiểm; và
- ii. Nếu có bất kỳ thay đổi nào liên quan đến các thông tin đề cập tại phần II (trang 1), Tôi/Chúng tôi sẽ thông báo cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày có phát sinh thay đổi; và
- iii. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng Công ty sẽ được quyền thực hiện các công việc cần thiết để tuân thủ các quy định của pháp luật hiện hành, bao gồm cả việc thu thập và cung cấp thông tin của tôi/chúng tôi cho các cơ quan có thẩm quyền trong và ngoài nước để đáp ứng các yêu cầu của pháp luật.

MỤC B: CAM KẾT ĐĂNG KÝ SỬ DỤNG DỊCH VỤ TIN NHẮN VÀ/HOẶC DỊCH VỤ THƯ ĐIỆN TỬ

Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng số điện thoại di động và/hoặc địa chỉ thư điện tử do Tôi/Chúng tôi cung cấp sẽ được Công Ty sử dụng cho mục đích liên lạc, thông báo, và gửi các thông tin/các tài liệu liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm của Tôi/Chúng tôi (“Dịch Vụ”). Tôi/Chúng tôi đồng ý và xác nhận thêm rằng:

- i. Tôi/Chúng tôi sẽ thông báo ngay cho Công ty bất kỳ sự thay đổi nào liên quan đến số điện thoại di động và/hoặc địa chỉ thư điện tử cá nhân hoặc bất kỳ sự thay đổi/tình huống nào có thể ảnh hưởng đến việc sử dụng Dịch Vụ này. Trừ khi nhận được thông báo thay đổi, Công ty sẽ tiếp tục cung cấp Dịch Vụ qua số điện thoại di động và/hoặc địa chỉ thư điện tử cá nhân mà Tôi/Chúng tôi đã đăng ký;
- ii. Dịch Vụ là những hoạt động hỗ trợ khách hàng, và Công ty không phải chịu trách nhiệm đối với những thiệt hại, tổn thất phát sinh trong việc cung cấp các thông tin hỗ trợ của Dịch Vụ, với lý do Tôi/Chúng tôi để lộ thông tin về Hợp Đồng Bảo Hiểm dẫn đến người khác có thể tiếp cận những thông tin mà Công ty đã cung cấp, và/hoặc thông tin trong tin nhắn và/hoặc trong thư điện tử bị sử dụng bởi một bên không có thẩm quyền;
- iii. Công ty không chịu trách nhiệm đối với sự ngắt quãng, trì hoãn, chậm trễ, tình trạng không sẵn sàng sử dụng hoặc bất kỳ sự cố nào xảy ra trong quá trình cung cấp Dịch Vụ do các nguyên nhân ngoài khả năng kiểm soát hợp lý của Công ty;
- iv. Việc đăng ký sử dụng Dịch Vụ sẽ áp dụng cho tất cả các Hợp Đồng Bảo Hiểm do Tôi/Chúng tôi là Bên Mua Bảo Hiểm và thay thế cho bất kỳ đăng ký nào (nếu có) trước đây; và
- v. Công ty có thể thay đổi, ngừng hoặc chấm dứt cung cấp Dịch Vụ vào bất cứ thời điểm nào mà không cần thông báo trước.

MỤC C: CAM KẾT VỀ VIỆC YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Tôi/Chúng tôi cam kết rằng, Tôi/Chúng tôi đã đọc/được nghe Đại Lý/Nhân viên 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 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 hay các biểu mẫu liên quan và bất kỳ thông tin nào khác do Tôi/Chúng tôi cung cấp cho Công ty hoặc bác sỹ theo chỉ định của Công ty là hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật. Công ty không có nghĩa vụ phải xác định tính chính xác và/hoặc đầy đủ 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 chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp Đồng Bảo Hiểm.

Tôi/Chúng tôi xác nhận và đã hiểu rằng:

- i. 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 khôi phục dựa trên Đơn này chỉ có hiệu lực khi đã được sự chấp thuận của Công ty và phí bảo hiểm đã được đóng đầy đủ và các thông tin đã được kê khai về NDBH/BMBH không có thay đổi đáng kể tính từ ngày ký đơn này đến ngày Công ty đồng ý khôi phục hiệu lực Hợp Đồng Bảo Hiểm.
- ii. 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 và 22.1 của Luật Kinh Doanh Bảo Hiểm số 24/2000/QH10

Tôi/Chúng tôi ủy quyền cho 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 NDBH, BMBH hoặc sức khỏe của NDBH, BMBH được phép cung cấp cho Công ty và các công ty tái bảo hiểm của Công ty mọi thông tin về NDBH, BMBH.

Những thay đổi Hợp Đồng Bảo Hiểm sẽ có hiệu lực căn cứ vào Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng do Công ty phát hành.

Lưu ý:

- i. Trường hợp Quý khách không ký được chữ ký đã đăng ký trước đó, Quý khách vui lòng nộp đơn kèm Bảng xác nhận chữ ký có công chứng hoặc đến trực tiếp Trung tâm Dịch Vụ Khách Hàng của Công ty để được hướng dẫn.
- ii. Quý khách vui lòng mang theo CMND/Hộ chiếu bản chính còn thời hạn sử dụng khi đến giao dịch tại Công ty.