

## PHIẾU YÊU CẦU CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA

**Gửi:** Phòng Thẩm định và Phát hành Hợp đồng  
Công ty TNHH Manulife (Việt Nam)

Số hợp đồng: \_\_\_\_\_  
Bên mua bảo hiểm: \_\_\_\_\_  
Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_  
Đại lý/Tư vấn viên: \_\_\_\_\_ Mã số đại lý: \_\_\_\_\_ Văn phòng: \_\_\_\_\_

Đề nghị Công ty cung cấp bản sao kết quả kiểm tra y tế cho Bên mua bảo hiểm trực tiếp tại quầy thông qua Nhân viên Dịch vụ khách hàng của Công ty.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Họ tên: \_\_\_\_\_  
Ngày: \_\_\_\_\_

Đề nghị Công ty cung cấp bản sao kết quả kiểm tra y tế cho Bên mua bảo hiểm theo email được đăng ký trên Đơn yêu cầu bảo hiểm thông qua Nhân viên Dịch vụ khách hàng của Công ty.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Họ tên: \_\_\_\_\_  
Ngày: \_\_\_\_\_

Đề nghị Đại lý/Tư vấn viên: \_\_\_\_\_  
Mã số: \_\_\_\_\_  
nhận bản sao kết quả kiểm tra y tế cho Bên mua bảo hiểm thông qua Nhân viên Dịch vụ khách hàng của Công ty.

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Họ tên: \_\_\_\_\_  
Ngày: \_\_\_\_\_

Đề nghị Công ty cung cấp bản sao kết quả kiểm tra y tế cho Bên mua bảo hiểm theo địa chỉ trên Đơn yêu cầu bảo hiểm:

Số nhà/Tên đường: \_\_\_\_\_  
Khu phố/Thôn/Ấp: \_\_\_\_\_  
Phường/Xã/thị Trấn: \_\_\_\_\_  
Quận/Huyện/Thị Xã: \_\_\_\_\_  
Tỉnh/Thành Phố: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Bên mua bảo hiểm

Họ tên: \_\_\_\_\_  
Ngày: \_\_\_\_\_

**Lưu ý:** Công ty Manulife cung cấp bản sao kết quả kiểm tra y tế cho Khách hàng trong trường hợp Hợp đồng có loại trừ, tăng phí bảo hiểm, tạm hoãn bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm do tình trạng sức khỏe và không cung cấp bản sao kết quả kiểm tra y tế đối với các trường hợp khác.

