

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)

- Hợp Đồng mất hiệu lực trong vòng 2 tháng
- 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)
- 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"/>
. 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 để 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 HĐBH: _____ đồng <input type="checkbox"/> Chuyển khoản <input type="checkbox"/> Tiền mặt		

III. KHAI BÁO THUẾ

Xin vui lòng ký xác nhận tại phần này nếu Quý khách là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ hoặc ít nhất có một trong các chỉ dấu sau: (i) Hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ, (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ hoặc (iii), số điện thoại, địa chỉ Hoa Kỳ hoặc các giấy tờ cư trú ở Hoa Kỳ.

Xác nhận của Bên Mua Bảo hiểm: _____

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 <input style="width: 100px; border: none;" type="text"/> (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. Trường hợp Quý khách không ký xác nhận tại phần Khai báo thuế (trang 1), Công ty sẽ tự động hiểu rằng Quý khách không phải là người có nghĩa vụ kê khai thuế ở Hoa Kỳ dưới bất kỳ hình thức nào. Quý khách cũng cam kết về việc sẽ thông báo cho Công ty trong thời hạn 30 ngày nếu có sự thay đổi các thông tin trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và cho phép Công ty cung cấp thông tin của Quý khách cho cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ theo nghĩa vụ khai báo và nộp thuế của Hoa Kỳ. 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 Quý khách.
- ii. Xin vui lòng nộp Mẫu đơn W9 nếu Quý khách có chỉ dấu (i) hoặc (ii) được nêu ở trên. Vui lòng nộp Mẫu đơn W8BEN / W8BENE nếu Quý khách có chỉ dấu (iii) nhưng Quý khách không phải là người nộp thuế tại Hoa Kỳ. Nếu Quý khách được sinh ra ở Hoa Kỳ nhưng đã từ bỏ hoặc không nộp đơn xin quốc tịch Hoa Kỳ, vui lòng nộp bản sao văn bản Chứng nhận Từ bỏ Quốc tịch Hoa Kỳ hoặc các giải trình hợp lý bằng văn bản.
- iii. Tập đoàn Tài chính Manulife có quyền tiết lộ các thông tin trên và các thông tin khác liên quan đến thông tin Hợp đồng bảo hiểm (số hợp đồng, giá trị tài khoản và giá trị tiền mặt thực trả/hoàn lại tính đến ngày khai báo thông tin) cho cơ quan thuế Hoa Kỳ theo nghĩa vụ của những cá nhân/tổ chức phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

MỤC B: CAM KẾT ĐĂNG KÝ SỬ DỤNG DỊCH VỤ TIN NHẮN VÀ/HOẶC DỊCH VỤ THU 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 CHUNG

Tôi/Chúng tôi đồng ý cho Công ty thay đổi các hạng mục được đánh dấu ở mặt trước (trang 1) Đơn yêu cầu thay đổi thông tin Hợp đồng bảo hiểm và kèm theo những cam đoan dưới đây:

- i. Tôi/Chúng tôi đã kiểm tra và được nghe Đại Lý/Nhân viên 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 cung cấp và kê khai các thông tin và trả lời trong đơn này hay các biểu mẫu đó.
- ii. 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;
- iii. Thay đổi Hợp đồng bảo hiểm sẽ có hiệu lực dựa vào Xác nhận thay đổi hợp đồng do Công ty phát hành.

Lưu ý :

Trường hợp 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.

Quý khách vui lòng mang theo CMND/HC bản chính còn thời hạn sử dụng khi đến giao dịch tại Công ty.