

**PHIẾU YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG/SẢN PHẨM BỔ SUNG**  
**(Mẫu POS04\_2024.04)**



Hợp đồng bảo hiểm số: ..... Số Điện thoại:.....

Bên mua bảo hiểm (BMBH): .....CMND/CCCD: .....

Người được bảo hiểm (NĐBH) chính: .....

**Trường hợp có bất cứ thay đổi nào về thông tin liên lạc hoặc nhân thân, Quý khách vui lòng thông báo ngay với AIA Việt Nam để được cập nhật kịp thời.**

**Tôi, BMBH yêu cầu AIA Việt Nam khôi phục hiệu lực cho Hợp đồng bảo hiểm có thông tin trên: (Vui lòng đánh dấu (✓) vào ô thích hợp)**

- Hợp đồng bảo hiểm  Khôi phục sản phẩm chính
- Tất cả sản phẩm bổ sung  Sản phẩm bổ sung: .....
- Đã mất hiệu lực **TRÊN** 04 tháng (Quý khách vui lòng cung cấp **TỜ KHAI SỨC KHỎE** (theo mẫu) cùng với Phiếu yêu cầu này).
- Mất hiệu lực trong vòng 04 tháng (Vui lòng đánh dấu (✓) vào ô thích hợp và cung cấp thông tin như yêu cầu bên dưới).

THÔNG TIN SỨC KHỎE (Quý khách vui lòng cung cấp chi tiết vào câu 4, nếu có bất cứ câu hỏi nào dưới đây trả lời là “CÓ”)	NĐBH chính		Họ tên NĐBHBS ..... .....	
	CÓ	KHÔNG	CÓ	KHÔNG
1. Kể từ khi tham gia bảo hiểm hoặc từ lần khôi phục gần nhất đến nay Quý khách đã bao giờ dự định, được khuyên hay đã:  a. Làm các xét nghiệm như chụp X quang, siêu âm, thử máu, chụp cắt lớp, sinh thiết, điện tâm đồ hay xét nghiệm nước tiểu mà không vì mục đích khám sức khỏe định kỳ hay khám sức khỏe để xin việc?  b. Đi khám bệnh, điều trị, phẫu thuật hay nằm viện do bất kỳ tình trạng bệnh tật, ốm đau hay tai nạn?  (Nếu “CÓ”, vui lòng cho biết tên bệnh viện/nơi điều trị, thời gian điều trị, kết quả xét nghiệm, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kể từ khi tham gia bảo hiểm hoặc từ lần khôi phục gần nhất đến nay, Quý khách đã từng có bất kỳ bệnh tật, thương tổn, dị dạng hay có bất kỳ tình trạng nào làm ảnh hưởng đến khả năng đi lại, thị lực, phát âm hay thính lực; hay mất khả năng thực hiện các hoạt động hằng ngày trong thời gian liên tục 7 ngày hoặc lâu hơn do bất kỳ bệnh tật, ốm đau hay tai nạn?  (Nếu “CÓ”, vui lòng cho biết nguyên nhân, tình trạng, thời điểm xảy ra thương tổn/thời gian bị thương tổn, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>3. Có ai trong gia đình Quý khách (cha/mẹ, anh/chị/em ruột) mắc bệnh hay tử vong do bệnh ung thư, tim, đột quy, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, tiểu đường, bệnh thận, bệnh tâm thần, trầm cảm, lao, thận đa nang, hay các bệnh di truyền trước tuổi 65 không?  (Nếu “CÓ”, vui lòng ghi rõ bệnh, thời gian, nguyên nhân mắc bệnh, tuổi khi tử vong và quan hệ với NĐBH, ...)</p>	□	□	□	□
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---

4. Vui lòng mô tả chi tiết vào ô trống dưới đây nếu Quý khách có bất cứ câu trả lời là “CÓ” của 3 câu hỏi trên:

NĐBH chính	NĐBH Bổ Sung

**ĐIỀU QUAN TRỌNG QUÝ KHÁCH CẦN LƯU Ý:**

- Theo quy định của pháp luật, BMBH có trách nhiệm cung cấp thông tin một cách đầy đủ và chính xác. Các thông tin do Quý khách cung cấp sẽ được sử dụng để khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm/sản phẩm bổ sung, vì vậy việc kê khai không đầy đủ hoặc không chính xác có thể dẫn đến tình trạng hợp đồng bảo hiểm/sản phẩm bổ sung bị chấm dứt hoặc quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
- Vào mọi thời điểm, nếu BMBH phát hiện có thông tin bị bỏ sót hoặc được cung cấp không chính xác, vui lòng gửi thông tin cần điều chỉnh hoặc **TỜ KHAI SỨC KHỎE** (theo mẫu) về AIA Việt Nam.

**Tôi/chúng tôi, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người hôn phối theo đây cam kết và đồng ý:**

- Yêu cầu này chỉ có giá trị hiệu lực khi được AIA Việt Nam chấp thuận bằng văn bản và với điều kiện NĐBH còn sống tại thời điểm chấp thuận.
- Toàn bộ thông tin được nêu trong Phiếu yêu cầu này là có thật, đã được tôi/chúng tôi cung cấp đầy đủ, chính xác và toàn vẹn.
- Cho phép Công ty được quyền tự mình hoặc thông qua các bên thứ ba, bao gồm cả bác sỹ, bệnh viện, phòng mạch, công ty bảo hiểm, các tổ chức hay bên thứ ba khác để tìm hiểu, thu thập, sao chép và lưu trữ các thông tin cá nhân của tôi/chúng tôi nhằm mục đích phục vụ cho công việc cần thiết liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này. Tôi/chúng tôi đồng ý và chấp thuận thêm rằng bất cứ bên thứ ba nào được Công ty tiếp xúc hoặc yêu cầu đều được quyền cung cấp các thông tin cá nhân của tôi/chúng tôi mà họ có thể có vào từng thời điểm. Tôi/chúng tôi đồng ý và cho phép Công ty sử dụng và cung cấp các thông tin thu thập được cho các cá nhân/đơn vị liên kết hoặc bên thứ ba độc lập, ở trong hay ngoài Việt Nam, để thực hiện việc xử lý thông tin, tư vấn hay cung cấp thông tin liên quan đến sản phẩm hay dịch vụ, hoặc nhằm mục đích phục vụ hoạt động kinh doanh của Công ty.
- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có liên quan, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ, ...) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng

sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu Công ty có yêu cầu.

- Cho phép Công ty thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền (bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ) hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, lưu trữ, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu.

**Để bảo vệ quyền lợi của mình, Quý khách vui lòng kiểm tra và đảm bảo thông tin đã được điền đầy đủ và chính xác trước khi ký.**

**BÊN MUA BẢO HIỂM**

(Ký và ghi rõ Họ tên)

Ngày ...../...../..... Họ tên: .....

**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH**

(Ký và ghi rõ Họ tên)

Ngày ...../...../..... Họ tên: .....

**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**

(Ký và ghi rõ Họ tên)

Ngày ...../...../..... Họ tên: .....

**Người nộp yêu cầu**

Đại lý: ..... MS: .....

NV thu phí : ..... MS: .....

NĐBH: .....

Bưu điện

Khác: .....

Ngày ...../...../.....