PHIẾU YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG/SẢN PHẨM BỔ SUNG

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 và Tên NĐBH Bổ Sung 1** …… ……		**Họ và Tên NĐBH Bổ Sung 2** …… ……	
	CÓ	KHÔNG	CÓ	KHÔNG	CÓ	KHÔNG
1. Kể từ khi tham gia bảo hiểm 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, …)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quý khách 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, …)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 quỵ, 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, …)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 1**	**NĐBH Bổ Sung 2**

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	**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH**
(Ký và ghi rõ Họ tên)	*(Ký và ghi rõ Họ tên)*
Ngày ……/……/…… Họ tên: ……	Ngày ……/……/…… Họ tên: ……

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 1	**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 2**	**NHÂN VIÊN DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG**
(Ký và ghi rõ Họ tên)	*(Ký và ghi rõ Họ tên)*	*(Ký và ghi rõ Họ tên)*
Họ tên: ……	Họ tên: ……	Tên Văn phòng: ……
Ngày ……/……/…….	Ngày ……/……/…….	Ngày……/……/…….

TỜ KHAI SỨC KHỎE

***TỜ KHAI SỨC KHỎE** dành cho các điều chỉnh nội dung hợp đồng sau thời gian 21 ngày cân nhắc và có yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe.*

*Nếu hợp đồng có từ 02 NĐBH sản phẩm bổ sung (NĐBHBS) trở lên, vui lòng lập **TỜ KHAI SỨC KHỎE** này cho từng NĐBHBS thứ ba, thứ tư, …*

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

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

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN	☐ **NĐBH chính**	☐ **NĐBHBS 1**	☐ **NĐBHBS 2**
1. Họ và tên			
2. Giới tính	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ
3. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu			
4. Ngày sinh			
5. (Các) Quốc tịch			
6. Nghề nghiệp và Công việc cụ thể	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:	Nghề nghiệp: Công việc cụ thể:
7. Chức vụ			
8. Tên cơ quan làm việc			
9. Địa chỉ thường trú			
10. Nơi ở hiện tại (nếu khác thường trú)			
11. Số điện thoại			
12. Quan hệ với BMBH	☐ Bản thân ☐ Cha/Mẹ ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ruột ☐ Khác: ……	☐ Bản thân ☐ Cha/Mẹ ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ruột ☐ Khác: ……	☐ Bản thân ☐ Cha/Mẹ ☐ Vợ/Chồng ☐ Con ruột ☐ Khác: ……

B. THÔNG TIN VỀ LỐI SỐNG VÀ SỨC KHỎE	**NĐBH chính**		**NĐBHBS 1**		**NĐBHBS 2**	
	Có	**Không**	**Có**	**Không**	**Có**	**Không**
1. Chiều cao và cân nặng — Chiều cao	.....cm		.....cm		.....cm	
Cân nặng	.....kg		.....kg		.....kg	
2. Ông/Bà có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng gần đây không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nếu có xin vui lòng ghi rõ lượng thuốc hút trung bình mỗi ngày	.....điếu/ngày		.....điếu/ngày		.....điếu/ngày	
3. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay có uống rượu không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nếu có, xin vui lòng ghi rõ: — Số lần uống rượu mỗi tuần	.....lần		.....lần		.....lần	
Số lượng rượu uống mỗi lần	.....ml		.....ml		.....ml	
4. Ông/Bà đã hoặc có ý định tham gia các hoạt động mạo hiểm (như đua xe, leo núi, nhảy dù, lặn …) không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nếu có xin vui lòng ghi rõ loại hình hoạt động mạo hiểm	.....		.....		.....	
5. Ông/Bà đã từng ở nước ngoài hay dự định đi nước ngoài với tổng thời gian trên 2 tháng không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nếu có, xin vui lòng ghi rõ tên nước/thành phố	.....		.....		.....	
6. Ông/Bà đã bao giờ bị từ chối hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ, tai nạn, y tế, hay bị tăng phí bảo hiểm, hay đề nghị mua những loại bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm bị hạn chế, hoặc đã nộp đơn yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với bất kỳ một hợp đồng bảo hiểm nào tại AIA hay tại các công ty bảo hiểm nhân thọ khác chưa? Nếu có, xin vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan trong câu 14	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ông/Bà đã từng mắc phải hay được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bất kỳ bệnh nào dưới đây không? Nếu có, xin vui lòng gạch dưới tên bệnh và mô tả chi tiết trong câu 14						
a. Bệnh mạch máu não, bệnh não, bệnh màng não, động kinh, trầm cảm, tâm thần?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Bệnh tiểu đường, bệnh tuyến giáp?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Viêm phổi, hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, lao phổi?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Tăng mỡ máu, cao huyết áp, cơn đau thắt ngực, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim, bệnh van tim?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Bệnh dạ dày/tá tràng, bệnh đại tràng/trực tràng hoặc bất kỳ bệnh nào khác của dạ dày, đại tràng, trực tràng?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f. Vàng da, tăng men gan, viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, viêm gan do rượu, xơ gan, sỏi túi mật, sỏi đường mật?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Tiểu máu, sỏi thận, bệnh của thận, niệu quản, bàng quang và cơ quan sinh dục?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Ung thư, u, bướu, nang, pô-líp (polyp)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Thiếu máu, xuất huyết, máu không đông hoặc bất kỳ bệnh về máu nào khác?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Viêm khớp, thấp khớp, đau lưng, thoát vị đĩa đệm, bệnh cột sống, bệnh Gút, viêm phế quản, viêm xoang, bệnh của mắt, tai, mũi, họng?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ông/Bà đã từng hay hiện tại đang có bất kỳ triệu chứng nào dưới đây không? Nếu có, xin vui lòng gạch dưới triệu chứng và mô tả chi tiết trong câu 14						
a. Giảm thị lực, giảm thính lực, chảy nước tai, nuốt nghẹn, nôn (ói) ra máu, ho ra máu, khó thở, đau ngực, yếu cơ, yếu/liệt tay chân, biến dạng khớp, tiểu ra máu, đi tiêu ra máu, phù, vàng da, vàng mắt, u, bướu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Sốt, loét da, đau lưng, đau khớp, khàn tiếng, ho kéo dài trên 7 ngày?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ông/Bà hay vợ/chồng của ông/bà đã bao giờ được chẩn đoán, điều trị hoặc được tư vấn về bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm HIV, AIDS hay các bệnh liên quan đến AIDS không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Trong 5 năm vừa rồi, ông/bà đã bao giờ phải nằm viện, được phẫu thuật, hoặc được làm các xét nghiệm máu, nước tiểu, chụp X-quang, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, điện tâm đồ, siêu âm, sinh thiết hoặc làm bất kỳ xét nghiệm nào khác không thuộc chương trình kiểm tra sức khỏe định kỳ không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Có ai trong gia đình ông/bà (cha/mẹ/anh/chị/em ruột) bị chết hay mắc các bệnh ung thư, tiểu đường, bệnh tim, đột quỵ, thận đa nang hoặc bệnh di truyền trước 60 tuổi không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ông/Bà đã từng hoặc hiện nay có sử dụng thuốc/chất gây nghiện, ma túy hay được điều trị nghiện rượu không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. (Câu hỏi dành riêng cho nữ) Bà có được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bệnh của tuyến vú, cổ tử cung, tử cung, phần phụ hay rối loạn kinh nguyệt không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Nếu Ông/Bà đã trả lời "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào trong các câu 6, 7, 8, 9 , 10, 11, 12 và 13 ở trên, xin vui lòng ghi số của câu được trả lời có và mô tả chi tiết thông tin vào ô dưới đây:

Người được bảo hiểm chính

Người được bảo hiểm bổ sung 1	Người được bảo hiểm bổ sung 2

ĐIỀU QUAN TRỌNG QUÝ KHÁCH CẦN LƯU Ý:

- Theo quy định của pháp luật, BMBH có trách nhiệm phải cung cấp thông tin một cách đầy đủ và chính xác. Vì các thông tin này sẽ được sử dụng để quyết định chấp thuận bảo hiểm, nên việc kê khai không đầy đủ hoặc không chính xác có thể dẫn đến tình trạng hợp đồng bảo hiểm 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 này về AIA Việt Nam.

Tôi/ chúng tôi, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo đây đồng ý và xác nhận:

- Toàn bộ thông tin nêu trên là đúng sự thật, đã được tôi/chúng tôi cung cấp đầy đủ, chính xác và toàn vẹn.
- Xác nhận thông tin liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ:
  Bằng việc ký tên dưới đây, tôi/chúng tôi khẳng định rằng tôi/chúng tôi không phải là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ và tôi/chúng tôi không đại diện cho bất kỳ người Hoa Kỳ nào. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng, trên cơ sở tin rằng khẳng định của tôi/chúng tôi là đúng sự thật, Công ty sẽ dựa vào khẳng định này để có những hành động phù hợp. Trong trường hợp khẳng định của tôi/chúng tôi không đúng sự thật, hợp đồng bảo hiểm sẽ bị coi là vô hiệu và Công ty sẽ hoàn trả cho tôi/chúng tôi các khoản tiền phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ các khoản chi phí hợp lý, các khoản nợ, các khoản tiền rút từ Giá trị tài khoản và tất cả quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).
- Trong trường hợp có bất kỳ BMBH/NĐBH/NTH nào của BMBH là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ, vui lòng bỏ qua phần xác nhận nêu trên, đồng thời đánh dấu (x) vào ô kế bên và nộp kèm tờ khai W9 của từng cá nhân BMBH/NĐBH/NTH tương ứng. ☐

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

BÊN MUA BẢO HIỂM	**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM CHÍNH**
(Ký và ghi rõ Họ tên)	*(Ký và ghi rõ Họ tên)*
Ngày ……/……/……..…	Ngày ……/……/……..…
Họ tên: ……	Họ tên: ……

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 1	**NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG 2**	**NHÂN VIÊN DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG**
(Ký và ghi rõ Họ tên)	*(Ký và ghi rõ Họ tên)*	*(Ký và ghi rõ Họ tên)*
Ngày ……/……/……..…	Ngày……/……/……	Ngày……/……/…..……
Họ tên: ……	Họ tên: ……	Tên Văn phòng: ……