

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

(Mẫu POS04_201410V3)



Hợp đồng bảo hiểm số: Người được bảo hiểm (NDBH) chính:
Bên mua bảo hiểm (BMBH): (Các) Quốc tịch:
Email: Điện thoại di động/cố định:

Tôi, Bên mua bảo hiểm: - Đề nghị cập nhật số điện thoại và Email trên cho tất cả các hợp đồng bảo hiểm mà tôi tham gia với AIA Việt Nam; và
- Đồng ý nhận mọi thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm từ AIA Việt Nam bằng tin nhắn (SMS) và thư điện tử (Email)
NẾU KHÔNG ĐỒNG Ý, Quý khách vui lòng đánh dấu gạch chéo (X) vào ô thích hợp: SMS Email

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, Bên mua bảo hiểm, yêu cầu AIA Việt Nam khôi phục hiệu lực:

Hợp đồng bảo hiểm Tất cả sản phẩm bổ sung Sản phẩm bổ sung:

Đã mất hiệu lực **TRÊN 4** tháng (Quý khách vui lòng cung cấp **TỜ KHAI SỨC KHỎE** (theo mẫu) cùng với Phiếu yêu cầu này).

Mất hiệu lực trong vòng 4 tháng (Vui lòng đánh dấu chéo (x) vào ô thích hợp và cung cấp thông tin như yêu cầu bên dưới).

NDBH sản phẩm bổ sung (NDBHBS) với thông tin sức khỏe được cung cấp chi tiết dưới đây là (ghi họ tên):.....

(Nếu hợp đồng có từ 2 NDBHBS trở lên, vui lòng lập Phiếu yêu cầu khôi phục này cho từng NDBHBS thứ hai, thứ ba, ...)

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")	NDBH chính		BMBH/NDBHBS	
	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, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Có ai trong gia đình Quý khách (cha/mẹ, anh/chi/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 NDBH, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:				
NDBH chính	BMBH/NDBHBS			

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 này 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 NDBH 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.
- Tôi/chúng tôi với tư cách đại diện cho cá nhân BMBH/NDBH và đại diện theo ủy quyền hợp pháp của Người thụ hưởng (NTH) theo đây:
(a) cho phép Công ty được quyền cung cấp các thông tin cá nhân của BMBH/NDBH/NTH và các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến BMBH/NDBH/NTH cho bất kỳ cơ quan nhà nước có thẩm quyền nào, bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ.
(b) đồng ý và cam kết thêm rằng trong trường hợp BMBH/NDBH/NTH có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố có 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...), BMBH/NDBH/NTH sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm các thông tin/chứng từ cần thiết theo yêu cầu của Công ty.

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 tên và ghi họ tên bằng chữ thường)	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (ký tên và ghi họ tên bằng chữ thường)	XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG Số CMND/ MS Đại lý:
Họ và tên: Ngày:	Họ và tên: Ngày:	Họ và tên: Ngày:

