

PHIẾU YÊU CẦU ĐIỀU CHỈNH NỘI DUNG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

(Mẫu POS02_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.

I. ĐIỀU CHỈNH ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ: Định kỳ đóng phí mới: Năm Nửa năm Quý Tháng

II. ĐIỀU CHỈNH SỐ TIỀN BẢO HIỂM CỦA SẢN PHẨM CHÍNH

Sản phẩm chính	Số tiền bảo hiểm hiện tại	Số tiền bảo hiểm mới

III. ĐIỀU CHỈNH SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG (vui lòng đánh dấu (x) vào ô thích hợp)

Tên sản phẩm bổ sung	Họ tên NDBH	Thêm	Hủy	Điều chỉnh	Số tiền bảo hiểm hiện tại	Số tiền bảo hiểm điều chỉnh/thêm mới
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Điều chỉnh quyền lợi BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Quyền lợi	Họ tên NDBH	Yêu cầu		Chương trình			Phạm vi địa lý được BH	
		Thêm	Hủy	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Việt Nam	ASEAN
Nội trú		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nội trú và Ngoại trú		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nội trú, Ngoại trú và Nha khoa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. YÊU CẦU DUY TRÌ HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG VỚI SỐ TIỀN BẢO HIỂM GIẢM: (Vui lòng đánh dấu (x) vào ô bên)

Quý khách lưu ý:

- Vui lòng cung cấp TỜ KHAI SỨC KHỎE (theo mẫu) cùng với PYC này khi yêu cầu tăng số tiền bảo hiểm và/hoặc tham gia thêm sản phẩm bổ sung.
- Việc thực hiện giảm số tiền bảo hiểm của sản phẩm chính (nếu có) có thể dẫn đến việc tự động giảm hoặc/hủy bỏ sản phẩm bổ sung theo qui định hiện hành của AIA Việt Nam về mối tương quan giữa sản phẩm chính và sản phẩm bổ sung.

Tôi, Bên mua bảo hiểm theo đây đồng ý và xác nhận:

- Yêu cầu thay đổi 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.
- Cho phép Công ty sử dụng và cung cấp các thông tin thu thập được liên quan đến hợp đồng này và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến tôi 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.
- Cho phép Công ty được quyền cung cấp các thông tin cá nhân của tôi và các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến tôi cho bất kỳ cơ quan nhà nước có thẩm quyền nào, bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ. Tôi đồng ý và cam kết thêm rằng trong trường hợp tôi 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,...), tôi 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)

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG
Số CMND/ MS Đại lý:ĐT:

Ngày/...../..... Họ và tên:

Ngày/...../..... Họ và tên:



TỜ KHAI SỨC KHỎE

(Mẫu KSK01_201410V3)



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 2 NDBH sản phẩm bổ sung (NDBHBS) trở lên, vui lòng lập **TỜ KHAI SỨC KHỎE** này cho từng NDBHBS thứ hai, thứ ba, ...

Hợp đồng bảo hiểm số: Người được bảo hiểm (NDBH) chính:

Bên mua bảo hiểm (BMBH):

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN	<input type="checkbox"/> NDBH chính	<input type="checkbox"/> BMBH/NDBHBS
1. Họ và tên		
2. Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
3. Số CMND/Hộ chiếu		
4. Ngày và nơi sinh	Ngày sinh: Nơi sinh:	Ngày sinh: Nơi sinh:
5. Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Có gia đình <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ <input type="checkbox"/> Ly dị	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Có gia đình <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ <input type="checkbox"/> Ly dị
6. (Các) Quốc tịch		
7. Nghề nghiệp và Công việc cụ thể	Nghề nghiệp: Chức vụ: Công việc cụ thể:	Nghề nghiệp: Chức vụ: Công việc cụ thể:
8. Địa chỉ liên lạc và Địa chỉ thường trú (nếu khác địa chỉ liên lạc)		
9. Quan hệ với BMBH	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con ruột <input type="checkbox"/> Khác:

B. THÔNG TIN KHÁC (Vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan vào câu 11 cho bất cứ câu hỏi nào được trả lời là "có")	NDBH chính		BMBH/NDBHBS	
	Có	Không	Có	Không
1. Ông/Bà có đang phục vụ trong lực lượng vũ trang, hay đang tham gia hoặc đang cân nhắc để tham gia các hoạt động thể thao hay sự kiện nguy hiểm (ví dụ như đua xe máy, leo núi hoặc lặn với bình khí) hay bay trên các phương tiện bay mà không phải với tư cách là hành khách có trả tiền vé với các lịch bay thường xuyên, hay có đi ra nước ngoài mà không phải vì mục đích du lịch hay đi nghỉ không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Xin vui lòng liệt kê những hợp đồng bảo hiểm của NDBH chính và những NDBHBS tại AIA Việt Nam hay tại các công ty bảo hiểm nhân thọ khác.

Tên NDBH	Quan hệ nhân thân	Tên Công ty bảo hiểm (BH)	Tên sản phẩm BH	Số tiền BH	Ngày có hiệu lực

C. CÁC CÂU HỎI VỀ SỨC KHỎE VÀ TIỀN SỬ BỆNH (Vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan vào câu 11 cho bất cứ câu hỏi nào được trả lời là "có")	NDBH chính		BMBH/NDBHBS	
	Có	Không	Có	Không
1. Ông/Bà có hút thuốc hay sử dụng các sản phẩm từ thuốc lá trong 12 tháng qua không?. Nếu có, vui lòng ghi rõ loại và số lượng hút/sử dụng mỗi ngày. Nếu Ông/Bà đã bỏ thuốc lá, xin vui lòng nêu rõ năm nào và lý do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chiều cao và cân nặng	.....cm	.....cm	.....cm	.....cm
2a. Chiều cao và cân nặng hiện tại	.....kg	.....kg	.....kg	.....kg
2b. Ông/Bà có thay đổi cân nặng (ít nhất 3kg) trong 12 tháng qua không?. Nếu có, vui lòng ghi rõ số kg đã thay đổi (tăng hay giảm) và nguyên nhân.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ông/Bà có uống rượu/bia không?. Nếu có, xin vui lòng ghi rõ loại rượu/bia và số lượng trung bình uống mỗi ngày.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tên, địa chỉ bác sỹ, bệnh viện lần cuối cùng mà Ông/Bà đã tới khám.

NDBH chính	BMBH/NDBHBS

5. Ông/Bà đã từng có bất cứ một dấu hiệu hoặc bệnh nào dưới đây không? Nếu có, vui lòng gạch dưới tên bệnh/dấu hiệu đó và mô tả chi tiết trong câu 11

5a. động kinh, co giật, đột quy, tai biến mạch máu não, viêm não, viêm màng não, liệt, yếu chi, đau đầu kéo dài hay tái phát, hoa mắt, chóng mặt, đau ngực, hồi hộp, ngất, suy nhược thần kinh, trầm cảm hay bất cứ rối loạn tâm thần / thần kinh nào khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b. đái tháo đường, bệnh gút (thống phong), bứu cổ hay các bệnh nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c. chảy nước tai, chảy máu mũi, nhìn đôi, giảm thị lực, phát âm hay các tổn thương ở tai, mắt, mũi, họng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5d. có các tổn thương nào ở phổi, ngực, đường hô hấp bao gồm: hen suyễn, ho kéo dài, ho khạc ra máu, viêm phổi, lao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5e. tăng mỡ máu, cao huyết áp, cơn đau tim, tiếng thổi tim, tổn thương van tim, khó thở, nhịp tim không đều, đau ngực, thiếu máu cơ tim, thiếu năng vành, những bệnh hay bất cứ rối loạn nào của tim, mạch máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5f. viêm dạ dày, loét dạ dày, tá tràng, đi ngoài phân có máu, nôn ra máu, rò, trĩ hay các rối loạn về tiêu hóa khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5g. vàng da, vàng mắt, viêm gan/nhiễm siêu vi B, viêm gan/nhiễm siêu vi C, hay bất cứ dạng viêm gan nào, hay bệnh về gan, túi mật, sỏi túi mật, sỏi đường mật?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5h. sỏi hệ niệu, tiểu ra máu, đạm/đường trong nước tiểu, nhiễm trùng hay các tổn thương về thận, bàng quang, cơ quan sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5i. ung thư, bướu, nang hay bất cứ khối u nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5j. thiếu máu, hay bất cứ bệnh lý về máu nào khác, được khuyên không nên cho máu hay được truyền máu hay các sản phẩm về máu do có bệnh ưa chảy máu hay do bất cứ lý do nào khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5k. phong thấp, thấp khớp hay các tổn thương kéo dài đối với khớp, chi, xương, bao gồm cả việc mất hay không còn khả năng sử dụng, hạn chế sử dụng các cơ hay phần mềm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5l. bệnh khác, dị tật bẩm sinh hay mắc phải, bệnh di truyền, chấn thương, phẫu thuật hay bất thường nào hay các triệu chứng kéo dài trên 7 ngày mà chưa được nêu trong các câu hỏi trên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ông/Bà hay (vợ/chồng ông/bà) đã bao giờ được điều trị hoặc được tư vấn về các vấn đề liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, AIDS, các bệnh liên quan đến AIDS hoặc trong 3 tháng gần đây ông/bà có những triệu chứng sau kéo dài liên tục trên 1 tuần như mệt mỏi, sút cân, tiêu chảy, sưng hạch hay các tổn thương da không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trong 5 năm vừa rồi, ông/bà đã bao giờ nằm viện điều trị hay đi khám hay dự định đi khám bệnh tại bệnh viện, phòng mạch hay bác sỹ để chẩn đoán hay làm các xét nghiệm như chụp/chiếu điện, siêu âm, chụp cắt lớp, sinh thiết, điện tâm đồ, xét nghiệm về máu, nước tiểu, hay bất kỳ xét nghiệm nào khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Có ai trong gia đình ông/bà (cha/mẹ, anh/chi/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", xin vui lòng điền chi tiết tuổi bắt đầu bị bệnh, quan hệ với người mắc bệnh, nguyên nhân tử vong.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ông/Bà đã bao giờ sử dụng thuốc gây nghiện (bao gồm nhưng không giới hạn các sản phẩm từ thuốc phiện, thuốc an thần, cần sa, amphetamin, chất gây ảo giác hay cocain) hoặc đã được điều trị hoặc được tư vấn liên quan đến việc sử dụng đồ uống có cồn hay ma túy chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dành riêng cho nữ.				
10a. Bà hiện đang có thai không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nếu có, xin vui lòng nêu rõ đã mang thai được bao nhiêu tháng ở ô bên cạnh?	.....tháng		.....tháng	
10b. Bà thấy có biểu hiện bất thường gì của tuyến vú, hay các cơ quan sinh dục khác kể cả các bất thường của tế bào cổ tử cung, hay rối loạn kinh nguyệt không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Nếu Ông/Bà đã trả lời bất cứ câu hỏi nào trong phần B, C là "có", xin vui lòng mô tả chi tiết các thông tin liên quan vào ô trống dưới đây.

NĐBH chính	BMBH/NĐBHBS

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 gọi thông tin cần điều chỉnh hoặc TỜ KHAI SỨC KHỎE này và gửi cho 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 và chính xác.
- 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 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 <i>(ký tên và ghi họ tên bằng chữ thường)</i>	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM <i>(ký tên và ghi họ tên bằng chữ thường)</i>	XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG
Ngày/...../.....	Ngày...../...../.....	Số CMND/ MS Đại lý:
Họ và tên:	Họ và tên:	Ngày...../...../..... ĐT:.....
		Họ và tên: