

## PHIẾU YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Ngày yêu cầu	Hợp đồng bảo hiểm số	Họ tên BMBH/NĐBH	Ngày hợp đồng mất hiệu lực

Số nhà/Đường/Phố/Tổ: \_\_\_\_\_

Phường/ Xã/Thị trấn: \_\_\_\_\_ Quận/Huyện: \_\_\_\_\_ Tỉnh/TP \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Điện thoại: ĐD \_\_\_\_\_ Cơ quan: \_\_\_\_\_ Nhà riêng: \_\_\_\_\_

*Quý khách vui lòng cập nhật thông tin liên hệ trên đây nếu có thay đổi so với thông tin đã đăng ký với Công ty chúng tôi. Thông tin này sẽ được MVI Life chính thức sử dụng cho các hình thức thông báo tiếp theo tới Quý khách.*

Bằng văn bản này, Tôi/Chúng tôi, Bên Mua Bảo Hiểm (“BMBH”) đề nghị Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ MVI (“Công ty”, “MVI Life”) khôi phục hiệu lực Hợp Đồng Bảo Hiểm (“HĐBH”) trên.

## THÔNG TIN HỢP ĐỒNG VÀ YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC

**Lưu ý:** Quý khách nộp kèm “**Bản khai báo thông tin dành cho BMBH/NĐBH**” của từng Người Được Bảo Hiểm (“NĐBH”), trong trường hợp **NĐBH từ 60 tuổi trở lên** tại thời điểm yêu cầu Khôi phục hiệu lực HĐBH.

Quý khách vui lòng chọn thời gian HĐBH mất hiệu lực và trả lời các câu hỏi/thực hiện các yêu cầu liên quan:

<input type="checkbox"/> HĐBH mất hiệu lực ≤ 04 tháng, NĐBH hiện đang trong tình trạng sức khỏe hoàn toàn bình thường và không thuộc các trường hợp bên dưới.		
<input type="checkbox"/> HĐBH mất hiệu lực ≤ 04 tháng có lịch sử Giải quyết Quyền lợi bảo hiểm hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm Tử vong, Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ vĩnh viễn từ 1,5 tỷ đồng trở lên hoặc Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo từ 1 tỷ đồng trở lên. <input type="checkbox"/> Hoặc mất hiệu lực trên 04 tháng và trong vòng 08 tháng	NĐBH	BMBH
NĐBH có: - Dấu hiệu hay triệu chứng bất thường hay ốm đau, bệnh tật nào, đã từng nằm viện, tham vấn bác sĩ? - Làm các xét nghiệm chẩn đoán và hoặc kết quả sàng lọc y tế bất thường và hoặc đã từng điều trị (bao gồm sử dụng thuốc) vì bất kỳ bệnh gì (bao gồm cả chấn thương, tai nạn) trong 12 tháng vừa qua? - Đơn yêu cầu bảo hiểm tham gia quyền lợi nhân thọ hoặc Bệnh lý nghiêm trọng, Thương tật hoặc Tai nạn hoặc đã từng điều trị tại bệnh viện hoặc Đơn yêu cầu Khôi phục hiệu lực hợp đồng đang chờ xử lý, tạm hoãn hoặc từ chối hoặc có tiền sử yêu cầu bồi thường tại MVI Life hoặc Công ty bảo hiểm khác trước đó.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<input type="checkbox"/> HĐBH mất hiệu lực trên 08 tháng và trong vòng 14 tháng	NĐBH	BMBH
1. Đã bao giờ NĐBH/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, hoặc bảo hiểm thương tật, bảo hiểm tai nạn hoặc bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không



nằm viện? Đã có bất kỳ lịch sử yêu cầu bồi thường tại MVI Life hoặc Công ty bảo hiểm khác trước đó không?		
2. Đã bao giờ NĐBH/BMBH có những triệu chứng hoặc được chẩn đoán hoặc được điều trị về bất kỳ bệnh gì hoặc triệu chứng gì, bao gồm: - Bệnh ung thư hay bất kỳ sự phát triển nào của các khối U, (bao gồm U nang, Nhân/Nốt, Polyp, hạch bạch huyết tăng kích thước) - Bệnh tiểu đường, Tăng đường máu, Tăng huyết áp, - Cơ đau thắt ngực, Nhồi máu cơ tim, Đau ngực, Khó chịu hoặc bất kỳ bệnh hoặc rối loạn nào khác về tim hoặc mạch máu (VD: Bệnh động mạch vành...), - Đột quy hoặc bất kỳ bệnh mạch máu não nào (VD: Cơ thiếu máu cục bộ thoáng qua (TIA)) - Bất kỳ bệnh lý hay rối loạn nào của phổi, máu, gan, thận tiết niệu, hệ sinh sản, dạ dày, ruột, tụy, viêm gan B hay C (bao gồm người lành mang mầm bệnh viêm gan siêu vi B), bệnh tâm thần, bệnh thần kinh/đau dây thần kinh, viêm khớp dạng thấp, Lupus ban đỏ, bệnh hệ thống, HIV hay hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)... - Nghiện rượu, nghiện thuốc lá, nghiện ma túy hoặc bất kỳ chất gây nghiện nào khác, - Bất kỳ bệnh lý nghiêm trọng nào khác?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Trong vòng 14 tháng qua, đã bao giờ NĐBH/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 hoặc nước tiểu, siêu âm...) về các rối loạn hoặc bệnh lý chưa được đề cập ở câu 2 nêu trên và/hoặc có đang dùng thuốc thường xuyên?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Hiện tại, NĐBH/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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Với các câu trả lời “ <b>Có</b> ” phía trên, BMBH/NĐBH vui lòng ghi rõ số câu hỏi và trả lời chi tiết, tình trạng, ngày thực hiện, thời gian và kết quả khám/điều trị, ghi rõ tên và địa chỉ của bệnh viện, phòng khám và <i>cung cấp chứng từ y khoa cho Công ty.</i>		

**HĐBH mất hiệu lực trên 14 tháng đến đủ 24 tháng:** Quý khách vui lòng nộp kèm “**Bản khai báo thông tin dành cho BMBH/NĐBH**” của từng NĐBH.

**Yêu cầu Thay đổi khác:** \_\_\_\_\_

Số tài khoản Ngân NH: \_\_\_\_\_ Tên Chủ TK: \_\_\_\_\_ Tên NH/CN: \_\_\_\_\_

Nhận tiền mặt tại các phòng giao dịch của Ngân hàng theo thông tin dưới đây:

Tên người nhận:	<input type="checkbox"/> CCCD	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Hộ chiếu
Tại ngân hàng:	Ngày cấp:	Nơi cấp:	
Chi nhánh:	Địa chỉ:		

## KHAI BÁO FATCA

Tại thời điểm Yêu cầu khôi phục HĐBH, BMBH hoặc NĐBH hoặc Người thụ hưởng có thuộc trường hợp: Là công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú nhân Hoa Kỳ; hoặc sinh tại Hoa Kỳ; hoặc có địa chỉ thường trú/ địa chỉ hòm thư/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ giữ thư tại Hoa Kỳ; hoặc có số điện thoại Hoa Kỳ; hoặc có yêu cầu thanh toán tới một tài khoản được duy trì tại Hoa Kỳ; hoặc có giấy tờ uỷ quyền hiện hành cho người có địa chỉ tại Hoa Kỳ hay không?

**Không**

**Có**, vui lòng cung cấp thông tin bằng cách hoàn thành biểu mẫu phù hợp:

- Công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú nhân Hoa Kỳ; hoặc sinh tại Hoa Kỳ: W9
- Các dấu hiệu Hoa Kỳ khác: Cá nhân - W-8BEN, Tổ chức - W-8BEN-E

## CAM KẾT

Tôi/ Chúng tôi xin cam đoan đã cung cấp đúng thông tin cho MVI Life, và sẵn sàng cung cấp mọi bằng chứng, thông tin cần thiết phục vụ cho việc thẩm định yêu cầu nêu trên. Tôi/ Chúng tôi ý thức rõ ràng yêu cầu điều chỉnh nêu trên chỉ bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày MVI Life xác nhận bằng văn bản và đã nhận được phí bảo hiểm bổ sung (nếu có).

Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng MVI Life được thu thập, xử lý, chuyển giao các thông tin, dữ liệu cá nhân do tôi/chúng tôi cung cấp trong Giấy yêu cầu này và các tài liệu liên quan kèm theo cho các hoạt động nhằm mục đích thực hiện yêu cầu của BMBH, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phục vụ HĐBH hoặc các mục đích hợp pháp khác theo thoả thuận đã ký kết hoặc thông báo khác có liên quan.

### Lưu ý về chữ ký

- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của BMBH: BMBH sẽ ký tên
- Liên quan đến thay đổi, thêm mới dữ liệu cá nhân của NĐBH:

Tuổi NĐBH	Người ký tên		
< 7 tuổi	(i) BMBH		(ii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH
Từ 7 tuổi đến < 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	(iii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH
≥ 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NĐBH	

<p>.....ngày .....tháng.....năm.....</p> <p><b>Bên mua bảo hiểm</b> (Ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>.....ngày .....tháng.....năm.....</p> <p><b>Người được bảo hiểm</b> (Ký và ghi rõ họ tên)</p>
<p>.....ngày .....tháng.....năm.....</p> <p><b>Người được uỷ quyền làm thủ tục</b> (Ký và ghi rõ họ tên)</p>	<p>.....ngày .....tháng.....năm.....</p> <p><b>Cha/ mẹ hoặc người giám hộ của Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi</b> (Ký và ghi rõ họ tên)</p>