

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

Ngày yêu cầu	Hợp đồng bảo hiểm số	Họ tên Bên mua Bảo hiểm	Ngày hợp đồng mất hiệu lực

Số nhà/Đường/Phố/Tổ: \_\_\_\_\_

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

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

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.

<input type="checkbox"/> HĐBH mất hiệu lực dưới 04 tháng có lịch sử Giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm, hoặc mất hiệu lực trên 04 tháng và trong vòng 08 tháng	NĐBH	BMBH
NĐBH có: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dấu hiệu hay triệu chứng bất thường hay ốm đau, bệnh tật nào, đã từng nằm viện, tham vấn bác sĩ?</li> <li>- Làm các xét nghiệm chẩn đoán và hoặc 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?</li> <li>- Đơn yêu cầu bảo hiểm tham gia quyền lợi nhân thọ hay bệnh lý nghiêm trọng hoặc đơn yêu cầu Khôi phục hiệu lực hợp đồng đang chờ xử lý, tạm hoãn hoặc từ chối và có tiền sử yêu cầu bồi thường tại MVI Life hoặc Công ty bảo hiểm khác trước đó.</li> </ul>	<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, bảo hiểm thương tật, bảo hiểm nằm viện? Đã có bất kỳ lịch sử yêu cầu bồi thường tại MVI Life hoặc Công ty bảo hiểm khác trước đó không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Đã bao giờ NĐBH/BMBH có những triệu chứng hay được chẩn đoán hay được điều trị về bất kỳ bệnh hay triệu chứng, bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bệnh ung thư hay bất kỳ sự phát triển nào của các khối u,</li> <li>- Bệnh tiểu đường, cao huyết áp,</li> <li>- Đau ngực, nhồi máu cơ tim,</li> <li>- Đột quy, bệnh lý mạch máu não,</li> <li>- Bất kỳ bệnh lý hay rối loạn nào của tim, mạch máu (ví dụ như mạch vành),</li> <li>- Bất kỳ bệnh lý hay rối loạn nào của phổi, máu, thận, gan, dạ dày, ruột, tụy, viêm gan B hay C (bao gồm người lành mang mầm bệnh viêm gan siêu vi B), bệnh tâm thần, viêm khớp dạng thấp, HIV hay hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS),</li> <li>- Nghiện rượu, nghiện thuốc lá, nghiện ma túy hoặc bất kỳ chất gây nghiện nào khác,</li> <li>- Bất kỳ bệnh lý nghiêm trọng nào khác?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không



3. Trong vòng 12 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, v.v) về các rối loạn hay 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 “**Có**” 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 **cung cấp chứng từ y khoa cho Công ty.**

**HĐBH mất hiệu lực từ 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"/> Số CMND	<input type="checkbox"/> CCCD	<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	

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Họ và tên \_\_\_\_\_

Nơi nhận yêu cầu:

\_\_\_\_\_

Chữ ký Người được bảo hiểm

Họ và tên \_\_\_\_\_

Ngày nhận

\_\_\_\_\_

Chữ ký Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH

Họ và tên \_\_\_\_\_

Người nhận \_\_\_\_\_

Ký tên \_\_\_\_\_

PS KPHĐ 11-2023