

Ngày:

Số hợp đồng:

BÊN MUA BẢO HIỂM

Tôi, Bên mua bảo hiểm đồng ý cập nhật địa chỉ liên lạc, số điện thoại và email cho tất cả các hợp đồng bảo hiểm tôi đang tham gia với FWD Việt Nam nếu khác thông tin mà tôi đã cung cấp trước đó.

Họ và tên:..... Ngày sinh:/...../..... Quốc tịch: Việt Nam Khác

Số CMND/ Hộ chiếu/Căn cước:..... Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:.....

Nghề nghiệp: Công việc cụ thể: Thu nhập tháng (VNĐ):

Địa chỉ liên lạc hiện tại:

Điện thoại: Email:

Trường hợp có bất cứ thay đổi nào về (các) thông tin liên lạc, nhân thân và nghề nghiệp, Quý khách vui lòng thông báo ngay cho FWD Việt Nam để được cập nhật kịp thời.

Tôi/ chúng tôi, Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm, yêu cầu Công ty TNHH Bảo hiểm FWD Việt Nam khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm nhân thọ nêu trên.

QUÝ KHÁCH LƯU Ý:

- Theo quy định của pháp luật, Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp thông tin một cách đầy đủ và chính xác. Các thông tin này, sẽ được FWD Việt Nam sử dụng để khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm. Vì vậy, việc kê khai không đầy đủ hoặc không chính xác có thể dẫn tới tình trạng hợp đồng không được khôi phục hiệu lực hoặc quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
- Trả lời đầy đủ tình trạng sức khỏe ở thời điểm hiện tại của từng Người được bảo hiểm theo mẫu dưới đây:

DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM DƯỚI 18 TUỔIHọ và tên: Ngày sinh:/...../..... Quốc tịch: Việt Nam Khác

Học lớp:..... Trường:.....

Số CMND/Hộ chiếu/GKS: Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Câu hỏi sức khỏe**Trả lời**

Chiều cao:cm Cân nặng:kg

Không	Có
-------	----

a. Trẻ có bị sinh sớm dưới 37 tuần tuổi không? Nếu CÓ xin cho biết:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Số tuần thai:.....tuần. Cân nặng lúc sinh:.....kg.

- Có phải nuôi dưỡng trong lồng kính không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Có phải điều trị bệnh phổi và suy hô hấp ở thời điểm đó không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b. Hiện tại, trẻ có bị mắc bất kỳ bệnh hoặc thương tật nào không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Đã từng được điều trị hoặc nằm viện quá 5 ngày vì bệnh tật hoặc chấn thương không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Có đang được khám xét, hội chẩn hoặc chờ đợi bất kỳ chẩn đoán, điều trị bệnh tật nào không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c. Trẻ có bỏ sót mũi tiêm chủng nào theo lịch tiêm chủng không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Có bị chậm phát triển tâm thần, vận động không?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

d. Bố mẹ, anh chị em ruột của trẻ có ai đã từng mắc các bệnh về máu, bệnh gan (bao gồm cả nhiễm vi-rút viêm gan B, C), bệnh tim, thận, đột quy, tiểu đường, tăng huyết áp, ung thư, HIV/AIDS hoặc mắc bệnh di truyền, đột biến gen bao gồm nhưng không giới hạn các bệnh Hemophilia, Thalassemia, hội chứng Down, bệnh loạn dưỡng cơ, hội chứng Tớc-nơ, Clai-phen-tơ, Jacobs?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Đối với câu trả lời CÓ, vui lòng cho biết chi tiết và cung cấp hồ sơ y tế liên quan (nếu có):

DÀNH CHO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN

Người được bảo hiểm chính:

Họ và tên:.....	Ngày sinh:/...../.....	Quốc tịch: <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Khác
Số CMND/ Hộ chiếu/Căn cước:.....	Ngày cấp:/...../.....	Nơi cấp:.....
Nghề nghiệp:	Công việc cụ thể:	Thu nhập tháng (VND):
Địa chỉ liên lạc hiện tại:		
Điện thoại:	Email:	

Người được bảo hiểm sản phẩm bổ trợ:

Họ và tên:.....	Ngày sinh:/...../.....	Quốc tịch: <input type="checkbox"/> Việt Nam <input type="checkbox"/> Khác
Số CMND/ Hộ chiếu/Căn cước:.....	Ngày cấp:/...../.....	Nơi cấp:.....
Nghề nghiệp:	Công việc cụ thể:	Thu nhập tháng (VND):
Địa chỉ liên lạc hiện tại:		
Điện thoại:	Email:	

STT	Câu hỏi	Trả lời			
		Người được bảo hiểm chính		Người được bảo hiểm sản phẩm bổ trợ	
		Họ và tên:.....		Họ và tên:	
		Cao: cm	Nặng: kg	Cao: cm	Nặng: kg
		Không	Có	Không	Có
1	<p>a. Bố mẹ, anh chị em ruột của bạn có ai đã từng bị mắc các bệnh về máu, bệnh gan (bao gồm cả nhiễm vi-rút viêm gan B, C), bệnh tim, thận, đột quỵ, tiểu đường, tăng huyết áp, ung thư, HIV/AIDS, hoặc mắc bệnh di truyền, đột biến gen bao gồm nhưng không giới hạn các bệnh Hemophilia, Thalassemia, hội chứng Down, bệnh loạn dưỡng cơ, hội chứng Tớc-nơ, Clai-phen-tơ, Jacobs?</p> <p>b. Bạn có bị dị dạng, thương tật, dị tật bẩm sinh nào không?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<p>Bạn đã/ đang mắc phải bệnh nào trong các bệnh sau không? <u>Nếu CÓ, xin gạch chân bệnh mắc phải.</u></p> <p>Bệnh tiểu đường, rối loạn dung nạp đường huyết, huyết áp cao hoặc huyết áp thấp, bệnh tim (bao gồm cả tiếng tim bất thường và đau ngực), đột quỵ, chấn thương sọ não, bệnh mạch máu não, bệnh thần kinh, tâm thần, bệnh phổi mạn tính, bệnh máu, bệnh đường tiêu hóa, bệnh gan-lách-tụy (bao gồm cả nhiễm siêu vi viêm gan B, C); bệnh thận tiết niệu, bệnh hệ thống nội tiết, bệnh tự miễn, bệnh cơ xương khớp, viêm khớp dạng thấp, ung thư/ khối u, bệnh lao, bệnh da liễu, hoa liễu (giang mai, lậu) nhiễm HIV/AIDS hoặc các bệnh liên quan đến HIV/AIDS bao gồm bệnh Lao, thương hàn, viêm gan vi-rút B, C, vi-rút hợp bào CMV, vi-rút Herpes Simplex, vi-rút U nhú HPV, bệnh não trắng đa ổ tiến triển PML, bệnh nấm Candia, viêm màng não do Cryptococcus, bệnh Toxoplasmosis, Cryptosporidiosis, bệnh viêm phổi do Pneumocystis, sarcom Kaposi, U lympho Non-Hodgkin?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	<p>Trong vòng 12 tháng gần đây, bạn có thấy các dấu hiệu triệu chứng sau đây không? <u>Nếu CÓ, xin gạch chân dấu hiệu mắc phải:</u> Giảm 5kg trong vòng 3 tháng, vàng da vàng mắt, ngất, đau đầu kèm ói mửa, nhìn mờ, ù tai nghe kém, nuốt khó, nuốt nghẹn, nôn ra máu, đi ngoài phân đen, tiêu chảy kéo dài trên 1 tuần, tiểu ra máu, khó thở, ho ra máu, ho kéo dài trên 2 tháng, sốt kéo dài trên 2 tuần chưa rõ nguyên nhân, nổi u bướu-hạch; chảy máu không cầm, vết thương khó lành?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<p>Trong vòng 5 năm qua:</p> <p>a. Bạn có phải khám và điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại bệnh viện hoặc bác sĩ hay trung tâm y khoa nào không? Nếu CÓ, xin cho biết: Ở đâu? Lúc nào? Lý do? Phẫu thuật? Dùng thuốc gì?</p> <p>b. Bạn đã từng được thực hiện xét nghiệm nào mà kết quả bất thường không? (siêu âm, điện tim, thử máu, thử nước tiểu, chụp X quang, chụp cắt lớp CT, nội soi, sinh thiết và các xét nghiệm y khoa khác dùng để chẩn đoán, điều trị bệnh của bạn). Xin ghi rõ loại xét nghiệm đã làm, kết quả, lý do và thời điểm thực hiện xét nghiệm</p> <p>c. Hiện tại, bạn có đang có bệnh nào mà chưa khai trong bản câu hỏi này không? Nếu CÓ, xin cho biết tên bệnh và loại thuốc đang dùng"</p>	<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"/>
5	<p>a. Bạn có thói quen sử dụng rượu trên 150ml/ ngày không? Nếu CÓ, xin khai rõ loại rượu, số lượng rượu uống trong một ngày, uống trong vòng bao nhiêu năm?</p> <p>b. Bạn có hút thuốc trên 20 điếu/ ngày không? Nếu CÓ, bao nhiêu điếu một ngày? Hút trong vòng bao nhiêu năm?</p> <p>c. Bạn có bao giờ được điều trị bệnh nghiện rượu không?</p> <p>d. Bạn đã bao giờ tham gia hoặc có ý định tham gia các hoạt động, thể thao nguy hiểm như nhảy dù, đua xe, lặn, leo núi, trượt tuyết, tàu lượn, trượt pa-tanh bốn bánh, nhảy từ vách đá xuống nước, cà kheo tự do, đi trên dây, quả cầu Zorbing?</p>	<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"/>
6	<p>Bạn đã bao giờ mua bảo hiểm nhân thọ mà bị từ chối, tạm hoãn, tăng phí vì lý do sức khỏe, nghề nghiệp hay bất kỳ lý do nào khác chưa?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<p>Câu hỏi dành cho Nữ:</p> <p>a. Có bao giờ bạn phát hiện hoặc chẩn đoán khối u/ nang tuyến vú, ung thư vú, viêm xơ tuyến vú không?</p> <p>b. Bạn đã/ đang đi khám hoặc điều trị vì rối loạn kinh nguyệt, viêm đường sinh dục, u nang buồng trứng, u xơ tử cung, polyp cổ tử cung, xuất huyết bất thường ở âm đạo, ung thư tử cung/ cổ tử cung/ buồng trứng không?</p> <p>c. Bạn có làm xét nghiệm tế bào cổ tử cung (PAP smear), nhũ ảnh, siêu âm vú/ phụ khoa lần nào chưa? Xin cho biết kết quả?</p> <p>d. Hiện tại bạn đang có thai không? Nếu CÓ xin cho biết: Thai: tháng Ngày kinh cuối:...../...../..... Ngày dự sinh:...../..... /</p>	<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"/>
<p>Đối với câu trả lời CÓ, vui lòng cho biết chi tiết và cung cấp hồ sơ y tế liên quan (nếu có):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

CAM KẾT:

Tôi/ Chúng tôi, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm chính/ Người được bảo hiểm bổ sung theo đây cam kết và đồng ý:

- Yêu cầu khôi phục hợp đồng này chỉ có giá trị hiệu lực khi được FWD Việt Nam chấp thuận bằng văn bản và với điều kiện người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm chấp thuận.
- Toàn bộ thông tin cung cấp trong Phiếu yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng này là đầy đủ, chính xác và đúng sự thật theo hiểu biết của tôi/ chúng tôi.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý để Bác sĩ, bệnh viện hoặc các cơ sở y tế đã điều trị hoặc tư vấn sức khỏe cho tôi/chúng tôi hoặc Công ty bảo hiểm hoặc tổ chức, cá nhân có hồ sơ y tế của tôi/chúng tôi được cung cấp cho FWD Việt Nam hoặc tổ chức/cá nhân do FWD Việt Nam chỉ định mọi thông tin liên quan đến sức khỏe của tôi/chúng tôi, bao gồm các kết quả y tế nhằm đáp ứng các yêu cầu về đánh giá rủi ro và giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng các thông tin và số liệu do chúng tôi cung cấp trên đây có thể được FWD Việt Nam cung cấp cho các Tổ chức Tái bảo hiểm hoặc bất kỳ một bên thứ ba nào nhằm mục đích thẩm định các điều kiện bảo hiểm, quản lý hợp đồng bảo hiểm và giải quyết quyền lợi bảo hiểm; hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền phù hợp với quy định của pháp luật, bao gồm cả cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ.

Điều khoản cung cấp thông tin theo yêu cầu của đạo luật thuế đối với chủ tài khoản ở nước ngoài (gọi tắt là: “Đạo luật FATCA”) của Hoa Kỳ: (Vui lòng đánh dấu “x” vào lựa chọn tương ứng)

Tôi xác nhận rằng Tôi là Bên mua bảo hiểm: Không Có

- có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ; hoặc
- có một trong các chỉ dấu sau: (i) hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ hoặc (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ hoặc (iii) số điện thoại, địa chỉ Hoa Kỳ hoặc các giấy tờ liên quan tới việc cư trú tại Hoa Kỳ.

Lưu ý: Nếu Quý khách đánh dấu “x” vào ô Có, Quý khách vui lòng bổ sung tờ khai W9 hoặc W8BEN/ W8BEN-E cho từng cá nhân và nộp kèm theo hồ sơ bổ sung phù hợp với nội dung kê khai trên tờ khai.

Trong trường hợp Tôi thuộc đối tượng chịu thuế được quy định bởi Đạo luật FATCA, Tôi đồng ý cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin sau đây cho Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việt Nam (“Công ty”): Họ và tên; Số hộ chiếu hoặc giấy tờ chứng minh Tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ; Mã số thuế tại Hoa Kỳ; Nơi sinh, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ; Địa chỉ liên lạc, địa chỉ hộp thư tại Hoa Kỳ; và Công ty được phép cung cấp các thông tin nói trên và các thông tin khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho các cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam, cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

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

Người được bảo hiểm sản phẩm bổ trợ (*) (Ký và ghi rõ họ tên)	Người được bảo hiểm chính(*) (Ký và ghi rõ họ tên)	Bên mua bảo hiểm (Ký và ghi rõ họ tên)
Họ và tên:	Họ và tên:	Họ và tên:

(*) Đối với Người được bảo hiểm là trẻ em dưới 18 tuổi, cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp ký thay, ghi rõ họ tên và mối quan hệ với trẻ.

Phần dành cho ngân hàng: Chúng tôi xác nhận đã kiểm tra giấy tờ tùy thân của khách hàng và (các) chữ ký trên được thực hiện dưới sự chứng kiến của chúng tôi.

Ngân hàng/CN/PGD:
Người nhận:Chữ ký:.....

Cán bộ tư vấn (Ký và ghi rõ họ tên)	Kiểm soát viên (Ký và ghi rõ họ tên)	Hỗ trợ tư vấn (Ký và ghi rõ họ tên)
Họ và tên:..... Mã số:..... ĐT:	Họ và tên:.....	Họ và tên:..... Mã số:..... ĐT:

Phần dành cho Phòng Nghiệp vụ FWD Việt Nam
Nhân viên thực hiện: Ngày thực hiện

Ghi chú:.....

Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ Phòng Nghiệp vụ theo số điện thoại: 024-39749988/email: op-admin@fwd.com