

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM SỐ:

A- CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM				
1. Họ và tên <i>(ghi bằng chữ in hoa)</i>	2. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	3. Số CMND/ Hộ chiếu/Khai sinh Ngày cấp Nơi cấp <i>(Vui lòng nộp kèm bản sao)</i>		
4. Ngày sinh <i>(ngày/tháng/năm)</i>	5. Tuổi	6. Nơi sinh	7. Quốc tịch 1 Quốc tịch 2 (nếu có)	
8. Địa chỉ thường trú <i>(nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Áp/Thôn/Xóm)</i> Số nhà, tên đường..... Xã/phường/thị trấn..... Quận/huyện/thị xã..... Tỉnh/thành phố..... Địa chỉ email..... Điện thoại (+84)..... Di động (+84).....		9. Tên Công ty/Cơ quan làm việc Địa chỉ <i>(nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/Áp/Thôn/Xóm)</i> Số nhà, tên đường..... Xã/phường/thị trấn..... Quận/huyện/thị xã..... Tỉnh/thành phố..... Địa chỉ email..... Điện thoại (+84)		
10. Nghề nghiệp		Chi tiết công việc		Thu nhập hàng tháng

B- CHI TIẾT VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM <i>(Nếu không phải là Người được bảo hiểm)</i> <i>Trường hợp Bên mua bảo hiểm là Công ty hoặc Tổ chức, vui lòng bỏ qua mục 11-21 và điền theo mẫu "Thông tin Công ty/Tổ chức"</i>				
11. Họ và tên <i>(ghi bằng chữ in hoa)</i>	12. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	13. Số CMND/ Hộ chiếu Ngày cấp Nơi cấp <i>(Vui lòng nộp kèm bản sao)</i>		
14. Ngày sinh <i>(ngày/tháng/năm)</i>	15. Tuổi	16. Quan hệ với Người được bảo hiểm	17. Nơi sinh	18. Quốc tịch 1 Quốc tịch 2 (nếu có)
19. Địa chỉ thường trú <i>(nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/áp/Thôn/Xóm)</i> Số nhà, tên đường..... Xã/phường/thị trấn..... Quận/huyện/thị xã..... Tỉnh/thành phố..... Địa chỉ email..... Điện thoại (+84)..... Di động (+84).....		20. Tên Công ty/Cơ quan làm việc Địa chỉ <i>(nếu địa chỉ không có số nhà và tên đường, cung cấp thêm tên Tổ/Đội và tên Khu phố/áp/Thôn/Xóm)</i> Số nhà, tên đường..... Xã/phường/thị trấn..... Quận/huyện/thị xã..... Tỉnh/thành phố..... Địa chỉ email..... Điện thoại (+84).....		

21. Nghề nghiệp	Chi tiết công việc	Thu nhập hàng tháng
22. Địa chỉ Công ty gửi thư liên lạc với khách hàng:		<input type="checkbox"/> Địa chỉ liên lạc hiện tại:
<input type="checkbox"/> Địa chỉ thường trú của Bên mua bảo hiểm		Số nhà, tên đường.....
<input type="checkbox"/> Địa chỉ Công ty của Bên mua bảo hiểm		Xã/phường/thị trấn.....
		Quận/huyện/thị xã.....
		Tỉnh/thành phố.....
23. Đăng ký chuyển khoản tự động (Công ty sẽ tự động chuyển khoản vào tài khoản bên dưới đối với các khoản thanh toán cho Bên mua bảo hiểm)		
Số tài khoản của Bên mua bảo hiểm:		Tên chủ tài khoản:
Tên Ngân hàng		Sở GD/Chi nhánh/PGD
Địa chỉ ngân hàng:		

C- THÔNG TIN BÊN THỨ BA
24. Có Bên thứ ba nào (ngoài Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hay Người thụ hưởng) sẽ đóng phí bảo hiểm, có thể tham gia vào việc đưa ra quyết định hoặc nhận quyền lợi từ Hợp đồng bảo hiểm này không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<i>Nếu có, đề nghị Bên mua bảo hiểm điền “Bảng khai báo Thông tin về Bên thứ ba”</i>

D- CÁC THÔNG TIN KHÁC VÀ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ BÊN MUA BẢO HIỂM				
25. Ông/Bà đang yêu cầu bảo hiểm hoặc đang được bảo hiểm bởi công ty khác? Nếu có, đề nghị cho biết các chi tiết sau đây:				Người được BH <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Bên mua BH <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên Khách Hàng	Tên Công ty	Số Hợp đồng bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

	Người được BH	Bên mua BH	Với câu trả lời “Có” ghi rõ số câu hỏi, khai chi tiết và nộp bản sao chứng từ khám.
26. Chiều cao (cm)	----- cm)	----- (cm)	
27. Cân nặng (kg)	----- (kg)	----- (kg)	
28. Cân nặng lúc sinh nếu Người được bảo hiểm dưới 2 tuổi kg	Có Không	Có Không	
29. Ông/Bà đã bao giờ bị tạm hoãn, từ chối đơn đề nghị mua bảo hiểm nhân thọ, tăng phí bảo hiểm hoặc được chào mua các loại bảo hiểm có quyền lợi bị hạn chế hoặc loại trừ; hoặc đã nộp đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30. Ông/Bà có đang tham gia hoặc có dự định tham gia các hoạt động nguy hiểm như bay cá nhân, lặn biển, leo núi hoặc đua xe máy hoặc bay trên các phương tiện bay mà không phải là hành khách mua vé theo lịch bay của hãng hàng không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
31. Tiền sử sức khỏe gia đình: Cha/Me/anh chị em ruột có mắc bệnh sa sút trí tuệ (bao gồm bệnh Alzheimer), ung thư, bệnh cơ tim, tiểu đường, bệnh tim mạch, đột quỵ, bệnh Huntington, bệnh Parkinson, bệnh thận đa nang, đa u nang gia đình, bệnh thần kinh vận động, đa xơ cứng hoặc loạn dưỡng cơ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ông/Bà có được chẩn đoán, điều trị hoặc đã từng hoặc có triệu chứng, dấu hiệu bất thường hay rối loạn liên quan đến bất kỳ bệnh hay triệu chứng nào dưới đây không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
32. Trong vòng 5 năm qua, Ông/Bà đã bao giờ được tư vấn bác sĩ vì bất kỳ vấn đề sức khỏe nào ngoại trừ bị cảm lạnh hoặc cúm mùa thông thường hoặc sinh con mà không có bất kỳ biến chứng nào?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33. Ông/Bà đã bao giờ được kê toa hay uống thuốc hơn 10 ngày liên tiếp?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34. Ông/Bà đã bao giờ nhập viện, nằm phòng cấp cứu hay phải phẫu thuật?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35. Trong vòng 5 năm qua, Ông/Bà đã hoặc có ý định hoặc được yêu cầu kiểm tra y tế hoặc làm xét nghiệm bởi bác sĩ, phòng khám hay chuyên viên y tế không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36. Trong vòng 5 năm qua, Ông/Bà có khám sức khỏe định kỳ, bao gồm xét nghiệm gen, xét nghiệm máu có kết quả bất thường không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37. Ông/Bà đã bao giờ không thể thực hiện hoạt động sinh hoạt thông thường hay phải nghỉ làm, nghỉ học hơn 10 ngày vì bất kỳ tình trạng sức khỏe nào không?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

38. Ông/Bà đã bao giờ có bất kỳ dấu hiệu và triệu chứng như: đau ngực, khó thở, chảy máu không rõ nguyên nhân, ho mãn tính, sút cân, thay đổi thói quen đại tiện mà Ông/Bà vẫn chưa hoặc sẽ có dự định đi gặp bác sĩ để được tư vấn hoặc kiểm tra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ông/Bà đã bao giờ mắc phải hoặc được điều trị về những các khuyết tật của cơ thể hoặc thiếu năng trí tuệ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ông/Bà đã bao giờ bị tiểu đường, bệnh thận, suy thận, viêm gan, bệnh tim mạch, đột quy, đa xơ cứng, bệnh phổi hay khó thở, liệt, ung thư hay có khối u, và/hoặc bất kỳ rối loạn bẩm sinh (khiếm khuyết thể chất hay tâm thần từ lúc sinh) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ông/Bà có nộp chứng từ y tế theo đơn yêu cầu bảo hiểm này không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ông/Bà đã bao giờ sử dụng chất kích thích, chất gây ảo giác, ma túy hoặc chất gây nghiện ngoại trừ được kê toa bởi bác sĩ hoặc đã từng được tư vấn, điều trị hay bị bắt vì sử dụng rượu hay thuốc quá liều?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đối với các câu hỏi 43 và 44, vui lòng đánh dấu 1 trong 3 lựa chọn dưới đây:			
43. Thói quen sử dụng rượu bia:			
a. Chưa bao giờ uống rượu bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Uống ít hơn hoặc bằng (\leq)14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Uống trên ($>$)14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. Thói quen sử dụng thuốc lá:			
a. Chưa bao giờ hút thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Hút ít hơn hoặc bằng (\leq) 30 điếu/ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Hút trên ($>$) 30 điếu/ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F- THÔNG TIN VỀ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

45. Sản phẩm: tham khảo Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm đính kèm	
a. Sản phẩm bảo hiểm chính:	
.....	
b. Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ/quyền lợi tăng cường: Tôi/chúng tôi đồng ý đóng phí bảo hiểm bổ trợ/quyền lợi tăng cường để duy trì hiệu lực.	
c. Dành riêng cho các sản phẩm bổ trợ gắn kèm vào Bảo Hiểm Liên Kết Đơn Vị Đóng Phí Định Kỳ (Phiên Bản 2), hoặc Bảo Hiểm Liên Kết Chung Đóng Phí Linh Hoạt (Phiên Bản 2):	
<input type="checkbox"/> Tôi/chúng tôi KHÔNG đăng ký rút Giá trị tài khoản hợp đồng để đóng phí bảo hiểm từ năm hợp đồng thứ tư trở đi.	
46. Phương thức đóng phí	47. Định kì đóng phí
A. Đóng phí đầu tiên	<input type="checkbox"/> Năm
<input type="checkbox"/> Tiền mặt	<input type="checkbox"/> Nửa năm
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	

Chuyển tiền từ Hợp đồng số:

.....

B. Đóng phí tái tục: Ngoài các hình thức đóng phí nêu ở mục A, Ông/Bà có thể lựa chọn thêm phương thức sau:

Thanh toán tự động (chỉ áp dụng đối với các Ngân hàng có ký thỏa thuận dịch vụ thu phí tự động với Manulife và Khách hàng có nộp kèm Phiếu đăng ký Thanh toán phí tự động được Ngân hàng chấp thuận)

Quý

Tháng

48. Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm (*Vui lòng ghi chi tiết; không để trống, không ghi là “Tài sản thừa kế”*)

Họ và tên	Số CMND/Hộ chiếu/Khai sinh	Giới tính	Ngày sinh	Quan hệ với Người được BH chính	Địa chỉ	Tỷ lệ %

49. Yêu cầu khác

50. Xin vui lòng ký xác nhận tại phần này nếu Ông/Bà là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ hoặc ít nhất có một trong các chỉ dấu sau: (i) Hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ, (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ hoặc (iii), số điện thoại, địa chỉ Hoa Kỳ hoặc các giấy tờ cư trú ở Hoa Kỳ.
Xác nhận của Bên Mua Bảo hiểm:

-
- Xin vui lòng lưu ý rằng, trong trường hợp Ông/Bà không ký xác nhận tại phần trên, Công ty sẽ tự động hiểu rằng Ông/Bà không phải là người có nghĩa vụ kê khai thuế ở Hoa Kỳ dưới bất kỳ hình thức nào. Ông/Bà cũng cam kết về việc sẽ thông báo cho Công ty trong thời hạn 30 ngày nếu có sự thay đổi các thông tin trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và cho phép Công ty cung cấp thông tin của Ông/Bà cho cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ theo nghĩa vụ khai báo và nộp thuế của Hoa Kỳ. Các thông tin cần thu thập (theo mẫu của Công ty) và cung cấp sẽ bao gồm cả các thông tin liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm của Ông/Bà.
 - Xin vui lòng nộp Mẫu đơn W9 nếu Ông/Bà có chỉ dấu (i) hoặc (ii) được nêu ở trên. Vui lòng nộp Mẫu đơn W-8BEN / W8BENE nếu Ông/Bà có chỉ dấu (iii) nhưng Ông/Bà không phải là người nộp thuế tại Hoa Kỳ. Nếu Ông/Bà được sinh ra ở Hoa Kỳ nhưng đã từ bỏ hoặc không nộp đơn xin quốc tịch Hoa Kỳ, vui lòng nộp bản sao văn bản Chứng nhận Từ bỏ Quốc tịch Hoa Kỳ hoặc các giải trình hợp lý bằng văn bản.
 - Tập đoàn Tài chính Manulife có quyền cung cấp các thông tin trên và các thông tin khác liên quan đến thông tin Hợp đồng Bảo hiểm (số hợp đồng, giá trị tài khoản và giá trị tiền mặt thực trả/hoàn lại tính đến ngày khai báo thông tin) cho cơ quan thuế Hoa Kỳ theo nghĩa vụ của những cá nhân/tổ chức phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

CAM KẾT (XIN VUI LÒNG ĐỌC KỸ TRƯỚC KHI KÝ TÊN)

Tôi/chúng tôi bằng việc ký tên dưới đây cam kết rằng tôi/chúng tôi đã đọc/được nghe đại lý đọc/giải thích toàn bộ nội dung/yêu cầu trong đơn này và các biểu mẫu khác, nếu có, và xác nhận tôi/chúng tôi đã đồng ý hoặc tự mình cung cấp và kê khai các thông tin và trả lời trong đơn này hay các biểu mẫu liên quan.

Tôi/chúng tôi khẳng định rằng tất cả các thông tin được cung cấp hay kê khai trong đơn này hay các biểu mẫu liên quan và bất kì thông tin nào khác do tôi/chúng tôi cung cấp cho Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) (dưới đây gọi là Công ty) hoặc bác sĩ theo chỉ định của Công ty là hoàn toàn đầy đủ, đúng sự thật theo thông tin mà tôi được biết. Công ty không có nghĩa vụ phải xác định tính chính xác và/hoặc đầy đủ của các thông tin này và chỉ có nghĩa vụ cập nhật nếu tôi/chúng tôi có yêu cầu hoặc theo quy định của pháp luật.

Tôi/chúng tôi đồng ý rằng những thông tin này là căn cứ để Công ty thẩm định các điều kiện bảo hiểm và là cơ sở pháp lý để cấp Hợp đồng bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi đã xem và hoàn toàn đồng ý với nội dung của Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi xác nhận đã hiểu rằng:

Đơn này và các biểu mẫu được tôi/chúng tôi ký sẽ được xem là một phần của Hợp đồng bảo hiểm khi đơn này được Công ty chấp thuận. Hợp đồng bảo hiểm được cấp dựa trên Đơn này chỉ có hiệu lực khi đã được chấp thuận bởi Công ty và phí bảo hiểm đầu tiên đã được đóng đủ và các thông tin đã được kê khai về Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm không có sự thay đổi đáng kể tính từ ngày ký Đơn này đến ngày Công ty đồng ý cấp Hợp đồng bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi ủy quyền và cho phép các bác sĩ, bệnh viện, phòng khám hoặc các cơ sở y tế, Công ty bảo hiểm hoặc các cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân khác có hồ sơ hoặc biết về Người được bảo hiểm hoặc sức khỏe của Người được bảo hiểm được cung cấp cho Công ty và các công ty tái bảo hiểm của Công ty mọi thông tin về Người được bảo hiểm nhằm mục đích thẩm định cấp hợp đồng bảo hiểm và giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Tôi/chúng tôi đồng ý rằng các thông tin và số liệu do chúng tôi cung cấp trong Đơn yêu cầu bảo hiểm này có thể được Công ty sử dụng để cung cấp cho bất kỳ bên thứ ba theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.

Tôi/chúng tôi đồng ý sử dụng địa chỉ thư điện tử (email) mà tôi/chúng tôi đăng ký với Công ty để nhận bộ Hợp đồng bảo hiểm và các thông báo/tài liệu liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Tôi/chúng tôi có trách nhiệm bảo mật tài khoản email, mật khẩu sử dụng và các thông tin mà Công ty đã chuyển cho tôi/chúng tôi và tự chịu trách nhiệm đối với mọi thiệt hại, tổn thất liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm do việc tôi/chúng tôi để lộ thông tin về Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc địa chỉ thư điện tử và/hoặc mật khẩu sử dụng dẫn đến người khác có thể tiếp cận những thông tin mà Công ty cung cấp, và/hoặc những thông tin trong thư điện tử bị sử dụng bởi một Bên không có thẩm quyền, trừ trường hợp việc tiết lộ đó là do lỗi của Công ty.

Tôi/chúng tôi hiểu rõ những bất lợi sau nếu hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hiện có để mua Hợp đồng bảo hiểm mới: những thay đổi về điều khoản bảo hiểm, các khoản phí bảo hiểm phải trả có thể rất cao trong thời gian đầu của Hợp đồng bảo hiểm, mất những quyền lợi tài chính đã tích lũy qua nhiều năm. Tôi/chúng tôi xác nhận sẽ tự chịu trách nhiệm về quyết định hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm này (nếu có).

Bản sao của Đơn này sẽ có hiệu lực như bản gốc.

Theo quy định pháp luật, Hợp đồng bảo hiểm có thể bị chấm dứt hiệu lực và quyền lợi bảo hiểm có thể không được chi trả nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không cung cấp thông tin tại Đơn này một cách đầy đủ và trung thực.

Trường hợp phát hiện có thông tin bị bỏ sót hoặc được kê khai không chính xác, Quý khách vui lòng thông báo bằng văn bản để Công ty thực hiện việc điều chỉnh.

Ký tại.....ngày.....

.....
Chữ ký của Người được bảo hiểm/Chữ ký của cha/mẹ hoặc người giám hộ của Người được bảo hiểm nếu dưới 18 tuổi
(Ghi rõ họ tên)

.....
Chữ ký của Bên mua bảo hiểm nếu không phải là Người được bảo hiểm
(Ghi rõ họ tên)

.....
Chữ ký của Đại lý bảo hiểm/Người làm chứng
(Ghi rõ họ tên và mã số đại lý, khu vực)