

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

**HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM SỐ:**

<b>A- CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM</b>				
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>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></b>				
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 Xã/phường/thị trấn	
<input type="checkbox"/> Địa chỉ Công ty của Bên mua bảo hiểm	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?  
 Có  Không

*Nếu có, đề nghị Bên mua bảo hiểm điền “Bảng khai báo Thông tin về Bên thứ ba”*

**D- CÁC THÔNG TIN KHÁC VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ BÊN MUA BẢO HIỂM**

25. Ông/Bà đang yêu cầu bảo hiểm hoặc đang được bảo hiểm bởi Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) hoặc công ty khác?  
 Có  Không

**Nếu có, đề nghị cho biết các chi tiết sau đây:**

Tên Công ty	Số Hợp đồng bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm
<b>Ông/Bà vui lòng GẠCH DƯỚI thông tin tại câu trả lời “CÓ”</b>		Người được BH Có Không <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bên mua BH Có Không <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. 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?			Trả lời chi tiết với các câu trả lời “Có”
27. 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"/>	
28. Tiền sử sức khỏe gia đình: Cha/Mẹ/Anh chị em ruột có được chẩn đoán bệnh tim, tăng huyết áp, đột quy, ung thư, bệnh đa u nang gia đình, bệnh thận đa nang, bệnh gan, viêm gan, bệnh Thalassemia (thiếu máu Địa Trung Hải)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**E-THÔNG TIN SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ BÊN MUA 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.
29. Chiều cao (cm)	----- cm)	----- (cm)	
30. Cân nặng (kg)	----- (kg)	----- (kg)	
31. Cân nặng lúc sinh nếu Người được bảo hiểm dưới 2 tuổi ..... kg	----- (kg)	----- (kg)	
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? GẠCH DƯỚI bệnh/triệu chứng tại câu trả lời “ CÓ”:		CÓ Không	
32. Đau ngực, đánh trống ngực, tăng huyết áp, bệnh van tim, rối loạn nhịp tim, bệnh mạch vành, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh thấp tim, suy tim, dị dạng mạch máu, xơ vữa động mạch, viêm tắc động tĩnh mạch?	CÓ Không	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
33. Suy hô hấp, khó thở, ho ra máu, khàn tiếng, ho kéo dài trên 7 ngày, viêm xoang, viêm phế quản, viêm phổi, lao phổi, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, hen phế quản (suyễn), giãn phế quản, tâm phế mạn?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
34. Vàng da, gan to, xuất huyết tiêu hóa, cổ trướng, khó nuốt, nuốt nghẹn, viêm gan do rượu, viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, xơ gan, bệnh dạ dày/túi mật/đường mật/tụy, táo bón, khó tiêu thường xuyên, bệnh trĩ, biếng ăn?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
35. Rối loạn thị giác, rối loạn thính giác, khiếm khuyết phát âm, đau đầu, chóng mặt, rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu máu não, nhồi máu não, chảy máu não, đột quỵ, co giật, động kinh, hôn mê, liệt, sa sút trí tuệ (bệnh Alzheimer), run tay chân (bệnh Parkinson), bệnh tâm thần kinh?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
36. Bệnh đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ, sốt kéo dài trên 7 ngày, tăng hoặc sút cân bất thường (>5kg/trong thời gian ≤ 1 năm), các rối loạn tại tuyến yên/tuyến giáp?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
37. Dị dạng, tàn tật hoặc cắt bỏ chi, bệnh lao các cơ quan, bệnh Gout (Gút - thống phong), rối loạn tại cột sống/lưng/cổ/khớp/cơ bắp/xương/ dây thần kinh?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
38. Bệnh ung thư, có khối u, nổi hạch bất thường, ngộ độc hay nhiễm độc hóa chất, bồng, bệnh phong, vẩy nến, bệnh xơ cứng bì, bệnh Lupus ban đỏ, các rối loạn dị ứng miễn dịch?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
39. Bệnh bẩm sinh, tím tái lúc sinh, chậm phát triển tâm thần/vận động, tự kỷ, hội chứng Down (Đao), thiếu máu, máu khó đông, bệnh bạch cầu, suy tủy xương?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
40. Nước tiểu có đường/có đạm, phù, tiểu máu, tiểu mù, bí tiểu, tiểu không tự chủ, sỏi/viêm/dị dạng đường tiết niệu/thận, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, suy thận, các rối loạn tại tuyến tiền liệt, rối loạn kinh nguyệt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
41. Bệnh hoa liễu, nhiễm HIV/AIDS, các tình trạng hoặc rối loạn liên quan đến AIDS, Ông/Bà đã từng làm xét nghiệm HIV chưa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
42. Có sử dụng ma túy hoặc các chất gây nghiện không theo chỉ định?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<b>Đối với các câu hỏi từ 43 đến 46, vui lòng đánh dấu 1 trong 3 lựa chọn dưới đây:</b>		
<p>43. Có khám, chẩn đoán hay điều trị hoặc có các bệnh, triệu chứng chưa được nêu ở trên?</p> <p>a. Không có.</p> <p>b. Có khám, chẩn đoán, điều trị cảm cúm thông thường, chấn thương hoặc vết thương phần mềm nhẹ đã hồi phục hoàn toàn.</p> <p>c. Có khám, chẩn đoán, điều trị các bệnh lý, triệu chứng bất thường. Ghi chi tiết vào ô trống bên phải.</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<p>44. Trong vòng 5 (năm) năm trở lại đây: Ông/Bà có làm các xét nghiệm như X-quang, siêu âm, điện tim, điện não, chụp cắt lớp, chụp cộng hưởng từ, thử máu, nội soi hay sinh thiết? Vui lòng đánh dấu 1 trong 3 lựa chọn dưới đây:</p>		
<p>a. Không có.</p> <p>b. Do khám: sức khỏe định kỳ, thai sản, xin việc hoặc lấy bằng lái với kết quả bình thường.</p> <p>c. Do các bệnh lý, triệu chứng bất thường. Ghi chi tiết vào ô trống bên phải.</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<p>45. Thói quen sử dụng rượu bia:</p>		
<p>a. Chưa bao giờ uống rượu bia</p> <p>b. Uống ít hơn hoặc bằng (<math>\leq</math>)14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần</p> <p>c. Uống trên (<math>&gt;</math>)14 chai bia (hoặc 200ml rượu)/tuần</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<p>46. Thói quen sử dụng thuốc lá:</p>		
<p>a. Chưa bao giờ hút thuốc</p> <p>b. Hút ít hơn hoặc bằng (<math>\leq</math>) 30 điếu/ngày</p> <p>c. Hút trên (<math>&gt;</math>) 30 điếu/ngày</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

**F- THÔNG TIN VỀ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM**

47. 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 sản phẩm Bảo Hiểm Liên Kết Đơn Vị - Đóng phí định kỳ (PHIÊN BẢN 2):

Tôi/chúng tôi KHÔNG đăng ký rút Giá trị tài khoản hợp đồng để đóng phí bảo hiểm.

<p>48. Phương thức đóng phí</p> <p>A. Đóng phí đầu tiên</p> <p><input type="checkbox"/> Tiền mặt</p> <p><input type="checkbox"/> Chuyển khoản</p> <p><input type="checkbox"/> Chuyển tiền từ Hợp đồng số:</p>	<p>49. Định kì đóng phí</p> <p><input type="checkbox"/> Năm</p> <p><input type="checkbox"/> Nửa năm</p>
---	---

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

50. 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 %

51. Yêu cầu khác

52. Xin vui lòng ký xác nhận tại phần dưới đây nếu Ông/Bà là công dân Mỹ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Mỹ hoặc có một trong các chỉ dấu sau: (i) số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Mỹ, (ii) mã số thuế tại Mỹ, hoặc (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Mỹ.

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 tại Mỹ dưới bất kỳ hình thức nào. Ông/Bà cũng cam kết thêm về việc sẽ thông báo cho Công ty trong thời hạn 30 ngày nếu như các thông tin trên có phát sinh thay đổi trong suốt thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và cho phép Công ty được cung cấp thông tin của Ông/Bà cho cơ quan quản lý thuế vụ Mỹ phù hợp với nghĩa vụ khai báo hoặc nộp thuế tại Mỹ. 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.*

### **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 kỳ 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:

- 1) 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.

2) Hợp đồng bảo hiểm có thể bị vô hiệu hoặc bị Công ty đơn phương đình chỉ nếu tôi/chúng tôi cố ý kê khai không trung thực hoặc không hoàn thành nghĩa vụ kê khai và cung cấp thông tin theo điều 19.2 hoặc 22.1 của Luật Kinh Doanh Bảo Hiểm số 24/2000/QH10.

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.

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)