

Ngày yêu cầu:/...../.....	Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) số:
Bên mua bảo hiểm (BMBH):	
Người được bảo hiểm (NĐBH):	

1 NỘI DUNG YÊU CẦU

Tôi, BMBH của HĐBH nêu trên, đề nghị Sun Life Việt Nam thực hiện khôi phục hiệu lực HĐBH này.

Quý khách vui lòng đọc kỹ và trả lời đầy đủ các câu hỏi thẩm định dưới đây	NĐBH của sản phẩm chính		(Những) NĐBH của sản phẩm bổ sung	
	Có	Không	Có	Không
1. Đã có thay đổi nơi cư trú ở nước ngoài hoặc rời khỏi lãnh thổ Việt Nam từ 03 tháng trở lên?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Đã hoặc dự định làm việc hoặc thay đổi nghề nghiệp hoặc tham gia các môn thể thao mang tính chất nguy hiểm (như nhảy dù, leo núi, săn bắn, đua xe, đua ngựa, lặn hoặc các hoạt động thể thao tương tự) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trong 02 năm qua, có tham gia hoặc có ý định tham gia trên chuyến bay như một phi công, phi hành đoàn, tiếp viên hàng không hay không, ngoại trừ với tư cách là hành khách trên chuyến bay thương mại?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Có bất kỳ Hồ sơ Yêu cầu bảo hiểm/Yêu cầu Khôi phục hợp đồng nào liên quan đến bảo hiểm nhân thọ/tai nạn/sức khỏe bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn hoặc từ chối tại bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ nào kể cả Sun Life Việt Nam không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Có bất kỳ triệu chứng, được tư vấn, được chẩn đoán hoặc được điều trị về bệnh cao huyết áp, đột quy, các vấn đề tim mạch, bệnh tiểu đường, ung thư hoặc khối u, đau ngực, chảy máu hệ tiêu hóa, hoặc ho/khạc ra máu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Có được khám hoặc được chỉ định khám, đã từng phẫu thuật hoặc được chỉ định phẫu thuật, đã xét nghiệm hoặc được chỉ định bất kỳ xét nghiệm y khoa tại bất kỳ bệnh viện/cơ sở y tế nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Có bất kỳ kết quả kiểm tra/khám định kỳ bất thường hoặc có bất kỳ kết quả bất thường như điện tâm đồ, X-Quang, siêu âm, thử nước tiểu, thử máu, v...v... hay không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lưu ý:

- BMBH chỉ có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực HĐBH trong vòng 02 năm kể từ ngày mất hiệu lực gần nhất. Nếu có câu trả lời "Có" hoặc HĐBH đã mất hiệu lực trên 06 tháng, vui lòng đính kèm Tờ khai sức khỏe (theo mẫu) của tất cả những NĐBH của HĐBH.



BMBH có phải là công dân Hoa Kỳ, thường trú nhân Hoa Kỳ hoặc có một trong các yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ gồm:

- (i) Hộ chiếu/giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ;
- (ii) Mã số thuế tại Hoa Kỳ;
- (iii) Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ;
- (iv) Tổ chức được thành lập tại Hoa Kỳ hay không?

Không

Có, vui lòng cung cấp mã số thuế Hoa Kỳ (TIN) hoặc cung cấp thông tin theo mẫu quy định.

I. Bằng việc ký tên dưới đây, Tôi/Chúng tôi (BMBH/NĐBH) xác nhận và đồng ý rằng:

1. Việc khôi phục hiệu lực HĐBH này chỉ có hiệu lực khi Sun Life Việt Nam chấp thuận bằng văn bản.
2. Nội dung kê khai tại yêu cầu này là trung thực, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết của Tôi/Chúng tôi. Việc Sun Life Việt Nam chấp nhận khôi phục hiệu lực HĐBH căn cứ trên yêu cầu này đồng nghĩa với sự đồng ý của Tôi/Chúng tôi về các điều khoản và điều kiện của HĐBH sau khi khôi phục.
3. Sun Life Việt Nam được tự mình hoặc thông qua các bên xử lý dữ liệu thu thập, xử lý các thông tin/dữ liệu trong Phiếu yêu cầu này cho mục đích thực hiện yêu cầu, phục vụ HĐBH và/hoặc các mục đích hợp pháp khác theo thỏa thuận hoặc thông báo có liên quan.
4. Tôi/Chúng tôi không tham gia vào bất kỳ giao dịch nhằm mục đích rửa tiền, tài trợ khủng bố hoặc bất kỳ hành vi vi phạm pháp luật có liên quan trong suốt quá trình tham gia bảo hiểm.

II. Xác nhận của Người làm chứng/Tư vấn tài chính:

1. Tôi cam kết rằng, qua quan sát tại thời điểm này, tình trạng sức khỏe của (những) NĐBH không có dấu hiệu bất thường, tôi cũng đã kiểm tra, đối chiếu bản chính tất cả giấy tờ tùy thân của cá nhân, giấy phép của doanh nghiệp, nếu có bất kỳ sai sót gì tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật.
2. Tôi xác nhận các chữ ký bên dưới được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và là chữ ký của BMBH và NĐBH/Người giám hộ.

Bên mua bảo hiểm

(Ký và ghi rõ họ tên bằng chữ thường; đóng dấu trong trường hợp BMBH là Doanh nghiệp)

Họ và tên:

Người được bảo hiểm/Người giám hộ

(Ký và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

Họ và tên:

Người làm chứng/Tư vấn tài chính

(Ký và ghi rõ họ tên bằng chữ thường)

Họ và tên:
MSTVTC:

Nhân viên tiếp nhận yêu cầu:		Ngày nhận:/...../.....
Văn phòng:		
<input type="checkbox"/> Đã kiểm tra chữ ký	<input type="checkbox"/> Ký tại quầy	Ghi chú khác (Nếu có):