

# PHIẾU YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM NHÂN THỌ



Ngày

Hợp đồng bảo hiểm số

Bên mua bảo hiểm

PS02

**Đề nghị Prudential điều chỉnh địa chỉ liên hệ theo chi tiết dưới đây (dùng cho các giao dịch của Hợp đồng bảo hiểm nêu trên kể từ thời điểm này):**

Số nhà, Đường: .....

Phường/Xã: ..... Quận/Huyện: ..... Tỉnh/TP: .....

Email: ..... Tel: ĐTDD ..... Cơ quan: ..... Nhà riêng: .....

Thông tin liên quan đến hợp đồng sẽ được gửi đến Quý khách qua email, tin nhắn điện thoại di động hoặc thư báo.

Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu Quý khách **KHÔNG ĐỒNG Ý** nhận thông tin về hoạt động của Prudential và cập nhật sản phẩm mới qua:

Tin nhắn điện thoại di động

Email

Hợp đồng bảo hiểm đã ngưng nộp phí bảo hiểm kể từ kỳ phí đến hạn ngày

**Tôi/ chúng tôi, Bên mua bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm nêu trên, yêu cầu Prudential khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm nhân thọ.**

Trường hợp hợp đồng bảo hiểm đã ngưng nộp phí dưới 12 tháng:

Tôi/ chúng tôi cam kết rằng hiện nay (tất cả) Người được bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm nhân thọ này, từ thời điểm ký Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm đến khi khôi phục hiệu lực hợp đồng:

- Đang ở trong tình trạng sức khỏe tốt và không bị bất cứ bệnh tật cũng như thương tật gì khác so với thời điểm ký Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ, và
- Không có bất kỳ thay đổi nào trong công việc, trong hoạt động thể thao/ giải trí nguy hiểm (lặn, leo núi, nhảy dù, đua xe, săn bắn ...).
- Không có hồ sơ nào bị tăng phí, loại trừ, tạm hoãn, từ chối hoặc đã/ đang yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại bất kỳ công ty bảo hiểm nhân thọ nào kể cả Prudential.

Tôi/ chúng tôi hiểu rằng các thông tin này sẽ là cơ sở hợp pháp để công ty thẩm định hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng và đồng ý rằng việc vi phạm cam kết sẽ làm vô hiệu việc khôi phục hiệu lực hợp đồng theo quy định của hợp đồng bảo hiểm và pháp luật hiện hành.

**Thay đổi về tình trạng sức khỏe; Nghề nghiệp của (tất cả) Người được bảo hiểm so với thời điểm ký hồ sơ yêu cầu bảo hiểm?**

Có

Không

Nếu có, đề nghị Quý khách điền và gửi **TỜ KHAI SỨC KHỎE** (theo mẫu) kèm với phiếu yêu cầu này.

Yêu cầu khác (nếu có): .....

**Tôi/ chúng tôi:**

- cam kết sẵn sàng cung cấp mọi bằng chứng, thông tin cần thiết và đồng ý để Prudential thu thập thông tin phục vụ cho việc thẩm định yêu cầu nói trên.
- ý thức rõ ràng việc khôi phục hiệu lực hợp đồng chỉ bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày Prudential xác nhận bằng văn bản và thu phí bảo hiểm bổ sung (nếu có).

<b>BÊN MUA BẢO HIỂM</b> (ký tên, ghi họ tên bằng chữ thường)	<b>CAM KẾT CỦA TƯ VẤN VIÊN</b> Tôi cam kết chữ ký bên được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi, và theo sự hiểu biết của cá nhân tôi, đó là chữ ký của Bên mua bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm nêu trên.
Họ tên: .....	Họ tên: ..... Mã số Tư vấn viên: ..... Ký tên: .....
10408111 V2_09/2016	Nơi nhận yêu cầu: ..... Ngày nhận: / / Hồ sơ kèm theo: ..... Họ tên Nhân viên nhận: ..... Ký tên: .....

**Lưu ý:**

Nếu hợp đồng bảo hiểm đã ngưng nộp phí từ 12 tháng đến 24 tháng, đề nghị Quý khách điền và gửi **TỜ KHAI SỨC KHỎE** (theo mẫu) kèm với Phiếu yêu cầu này.