

## ĐƠN YÊU CẦU THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (CHO QUYỀN LỢI LỰA CHỌN)

(không áp dụng cho việc tăng quyền lợi bảo hiểm)

Số hợp đồng: \_\_\_\_\_

Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Tên Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ (H) \_\_\_\_\_ (O)

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Quyền lợi bảo hiểm mới: \_\_\_\_\_

Ngày hiệu lực cho sự thay đổi: \_\_\_\_\_

Ghi chú: \_\_\_\_\_

**Tôi/ Chúng tôi cam kết những câu trả lời bên trên là chính xác và đúng sự thật. Tôi/ Chúng tôi cũng cam đoan tất cả những người có tên trong đơn yêu cầu này có sức khỏe tốt, ngoại trừ những mục đã kê khai bên trên.**

Kí tên của Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Ngày (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_