

ĐƠN YÊU CẦU THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(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: _____

Vui lòng cho biết người làm đơn này:

	CÓ	KHÔNG
1. làm bất cứ xét nghiệm, kiểm tra hoặc uống thuốc hoặc điều trị dưới bất cứ hình thức nào được đề nghị hay yêu cầu trong vòng 12 tháng qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. đang được điều trị hoặc theo dõi cho bất cứ tình trạng bệnh nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. không làm bất cứ xét nghiệm chuẩn đoán hoặc quy trình y khoa nào mà được khuyến làm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. có bất cứ chi phí y tế nào đã không trình bày cho Pacific Cross Việt Nam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. có biểu hiện của bất cứ triệu chứng nào lặp lại/ lâu dài?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu trả lời “Có” cho bất cứ câu hỏi 1-5 bên trên, vui lòng cho biết chi tiết trong trang giấy riêng.

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): _____