

## TĂNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Số hợp đồng: \_\_\_\_\_

Tên Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

Tên Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

Tổng số tiền bảo hiểm yêu cầu: \_\_\_\_\_

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

Lí do việc tăng quyền lợi bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Vui lòng cho biết bất cứ bệnh hoặc thương tích nào đã xảy ra cho Người được bảo hiểm kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực:

Vui lòng liệt kê những thay đổi về địa chỉ, nghề nghiệp, thói quen hay hoạt động kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực:

**Tôi cam đoan tất cả những câu trả lời cho những câu hỏi bên trên là chính xác, đầy đủ và trung thực. Tôi cũng hiểu rằng những thông tin bên trên sẽ quyết định cho quyền lợi trong hợp đồng bảo hiểm này.**

\_\_\_\_\_  
Chữ kí của Người được bảo hiểm

\_\_\_\_\_  
Ngày (ngày/ tháng/ năm)