

## ĐƠN YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

**LƯU Ý QUAN TRỌNG:** Hợp đồng được khôi phục hiệu lực sẽ chỉ chi trả cho những chi phí y tế hợp lý do thương tích xảy ra sau ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng, và do ốm đau bắt đầu sau 10 ngày kể từ ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng.

Hợp đồng số: \_\_\_\_\_

Tên Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Tên Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

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

Ghi chú: \_\_\_\_\_

Tôi/Chúng tôi cam kết những câu trả lời bên dưới là chính xác và đúng sự thật, và tất cả thông tin đã được khai báo (vui lòng ghi chi tiết vào chỗ trống bên dưới hoặc trên một trang giấy riêng).

- |  | CÓ                       | KHÔNG                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Quý khách hiện nay đang có bất kỳ vấn đề gì về sức khỏe hay triệu chứng nào cần phải thăm khám hoặc điều trị không? Nếu có vui lòng cho biết chi tiết.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Trong suốt thời gian kể từ ngày phát hành <u>đầu tiên</u> của hợp đồng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe/ bảo hiểm bổ sung về sức khỏe cho đến nay, quý khách có bất kỳ điều trị y tế, chẩn đoán, hay xét nghiệm nào mà chưa khai báo cho Công ty bảo hiểm không? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết, bao gồm tất cả các ngày, chẩn đoán, kết quả và điều trị tiếp theo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Quý khách có bất kỳ chi phí y tế nào mà chưa thông báo đầy đủ cho công ty bảo hiểm hay không? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết, bao gồm ngày điều trị, chẩn đoán, số tiền.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Chi tiết: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chữ ký của Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_