

## ĐƠN YÊU CẦU TĂNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

**GHI CHÚ QUAN TRỌNG:** Bất cứ bệnh tồn tại vào thời điểm tăng quyền lợi bảo hiểm sẽ tiếp tục được bảo hiểm dưới quyền lợi cũ.

Số hợp đồng: \_\_\_\_\_

Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Tên Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

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

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

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

Yêu cầu chương trình 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 <b>Pacific Cross Việt Nam</b>   | <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 Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ (Ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_