

ĐƠN YÊU CẦU THAY ĐỔI SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Tên chủ hợp đồng: _____

Số hợp đồng: _____

Tên Người được bảo hiểm: _____

Chương trình bảo hiểm hiện tại: _____

Yêu cầu thay đổi quyền lợi như sau:

HEALTH FIRST	HF1 - 150.000.000VNĐ	HF2 - 250.000.000VNĐ	HF3 - 450.000.000VNĐ
Quyền lợi chính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quyền lợi y tế bổ sung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nha khoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai nạn cá nhân	Số tiền bảo hiểm: _____		

TOÀN MỸ	CƠ BẢN - 500.000.000 VNĐ	TRUNG CẤP - 1.000.000.000 VNĐ	CAO CẤP - 2.000.000.000 VNĐ
Nội trú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngoại trú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quyền lợi lựa chọn	<input type="checkbox"/> Nha khoa 1	<input type="checkbox"/> Nha khoa 2	

MASTER	M1+ - VNĐ 5.000.000.000	M2 - VNĐ 10.000.000.000	M3 - VNĐ 20.000.000.000
Quyền lợi lựa chọn	<input type="checkbox"/> Nâng cao 1.000.000.000 VNĐ chi phí cho Bác Sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+)		
	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 <input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm:		
Chiết khấu lựa chọn	<input type="checkbox"/> Giới hạn vùng điều trị (25%) <input type="checkbox"/> Đồng thanh toán 20% (25%)	<input type="checkbox"/> Loại trừ điều trị ngoại trú (30%) <input type="checkbox"/> Miễn thường 50.000.000 VNĐ cho Quyền lợi Nội trú (20%)	

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM VUI LÒNG CHO BIẾT

	CÓ	KHÔNG
1. Có 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. Có bất kỳ xét nghiệm chẩn đoán hoặc quy trình y khoa nào được khuyên làm mà chưa hoàn thành?	<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"/>

Tôi/ Chúng tôi cam kết những câu trả lời bên trên là chính xác và đúng sự thật. Đơn này và các mẫu đơn, chứng từ đính kèm sẽ được xem là một phần của hợp đồng bảo hiểm.

Chữ ký & tên của Người được bảo hiểm: _____ Ngày: _____
(ngày/tháng/năm)Chữ ký & tên của Chủ hợp đồng _____ Ngày: _____
(Nếu Chủ hợp đồng khác với Người Được Bảo Hiểm) (ngày/tháng/năm)