

Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

Số hợp đồng: \_\_\_\_\_

Yêu cầu	Hiện tại	Cập nhật mới
<b>I. Liên quan đến hợp đồng/ chủ hợp đồng:</b>		
<input type="checkbox"/> Thay đổi chủ hợp đồng / Thay đổi tên chủ hợp đồng (*)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Thay đổi địa chỉ	_____	_____
<input type="checkbox"/> Thay đổi thư điện tử (email)	_____	_____

### II. Liên quan đến (Những) Người được bảo hiểm:

Vui lòng ghi rõ họ tên và mã số thành viên của (Những) Người được bảo hiểm (đính kèm danh sách nếu không đủ chỗ ghi)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<input type="checkbox"/> Chuyển đổi hợp đồng (*) Vui lòng ghi tên Chủ hợp đồng mới và số hợp đồng (nếu có)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Điều chỉnh họ tên Vui lòng đính kèm bản sao CMND/ Passport và các giấy tờ pháp lý có liên quan đến việc đổi tên này	_____	_____
<input type="checkbox"/> Điều chỉnh nghề nghiệp	_____	_____
<input type="checkbox"/> Thay đổi khác (nếu có)	_____	_____

Vui lòng mô tả công việc chi tiết. Ví dụ:  
văn phòng/ hành chính, bán lẻ/ kinh  
doanh, lao động tay chân nhẹ, v.v...

### III. Thay đổi chữ ký của

<input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm. Họ tên	_____	_____
<input type="checkbox"/> Chủ hợp đồng	_____	_____

Tôi xác nhận tôi sẽ sử dụng chữ ký mới này cho tất cả các mẫu đơn, chứng từ có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm sức khỏe của tôi tại công ty kể từ ngày yêu cầu thay đổi. Chữ ký cũ vẫn có giá trị trên các mẫu đơn, chứng từ đã được tôi ký trước ngày yêu cầu thay đổi.

**Tôi, chủ hợp đồng, cam kết những thông tin 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 Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
(ngày/tháng/năm)

(\* Trong trường hợp “Chuyển đổi hợp đồng/ Thay đổi tên chủ hợp đồng”, chữ ký và tên của Chủ hợp đồng là chữ ký và tên của Chủ hợp đồng cập nhật mới.