

GIẤY 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
- Người được bảo hiểm sẽ **KHÔNG** được hưởng quyền lợi thai sản nếu:
 - Sinh con trong vòng 270 ngày kể từ ngày hiệu lực khôi phục hợp đồng; hoặc
 - Sảy thai hay phá thai bắt buộc trong vòng 90 ngày kể từ ngày hiệu lực khôi phục hợp đồng
- Nếu đứa trẻ của Người được bảo hiểm được sinh ra trong vòng 270 ngày kể từ ngày hiệu lực khôi phục hợp đồng, đứa trẻ này sẽ **KHÔNG** được hưởng quyền lợi bảo hiểm miễn phí cho trẻ sơ sinh theo bảo hiểm của Người được bảo hiểm này.

Hợp đồng số: _____

Tên Chủ hợp đồng: _____

Tên Người được bảo hiểm: _____

Tôi cam kết những câu trả lời bên dưới là chính xác, 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 đầu tiên 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 (bao gồm nhiệm Vi rút Corona (Covid-19))? 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 & 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)