

GIẤY YÊU CẦU THAY ĐỔI QUYỀN LỢI 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:

	TĂNG	GIẢM	HỦY	THÊM
Quyền lợi nội trú	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____		
Quyền lợi ngoại trú	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Quyền lợi lựa chọn (*)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Lựa chọn Giới hạn vùng điều trị (TAL)			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

(*) Nếu thêm quyền lợi Tai nạn cá nhân, vui lòng nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm tai nạn cá nhân

GHI CHÚ QUAN TRỌNG:

DÀNH CHO VIỆC TĂNG QUYỀN LỢI NỘI TRÚ

- (Các) quyền lợi nội trú của bất kỳ tình trạng nào đã tồn tại trước ngày hiệu lực của việc tăng quyền lợi sẽ tiếp tục được giữ ở mức quyền lợi cũ là mức quyền lợi thấp hơn trong vòng 12 tháng kể từ ngày tăng quyền lợi có hiệu lực.
- Nâng cấp từ chương trình bảo hiểm không có quyền lợi Thai sản lên chương trình bảo hiểm mới có quyền lợi Thai sản:
 - Người được bảo hiểm sẽ **KHÔNG** được hưởng quyền lợi thai sản nếu:
 - Sinh con trong vòng 270 ngày kể từ ngày hiệu lực nâng cấp; hoặc
 - Sảy thai hay phá thai bắt buộc trong vòng 90 ngày kể từ ngày hiệu lực nâng cấp
 - Nếu đứa trẻ của Người được bảo hiểm được sinh ra trong vòng 270 ngày kể từ ngày hiệu lực nâng cấp, 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.
- Nâng cấp từ chương trình bảo hiểm có quyền lợi Thai sản lên chương trình bảo hiểm mới có quyền lợi Thai sản cao hơn: quyền lợi mới được áp dụng kể từ ngày hiệu lực nâng cấp.

GIẤY YÊU CẦU THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

DÀNH CHO VIỆC TĂNG QUYỀN LỢI NỘI TRÚ VÀ/HOẶC NGOẠI TRÚ; THÊM QUYỀN LỢI NGOẠI TRÚ

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)