

ĐƠN 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/Thay đổi
Quyền lợi nội trú	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____
Quyền lợi ngoại trú	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____
Quyền lợi thai sản	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____
Quyền lợi nha khoa	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____	☐ _____ ☐ _____

Đồng thanh toán ☐ Đồng thanh toán 20%

Phạm vi bảo vệ ☐ Toàn cầu*
☐ Châu Á**
☐ Đông Nam Á***

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

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 12 tháng qua?	☐	☐
2. Đang được điều trị hoặc theo dõi cho bất cứ tình trạng bệnh nào?	☐	☐
3. Có bất kỳ xét nghiệm chuẩn đoán hoặc quy trình y khoa nào được khuyên mà chưa hoàn thành?	☐	☐
4. Có bất kỳ chi phí y tế nào đã không trình bày cho Pacific Cross Việt Nam?	☐	☐
5. Có bất cứ biểu hiện của bất cứ triệu chứng nào lặp lại/lâu dài?	☐	☐

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)

(*): Bảo vệ toàn cầu ngoại trừ Mỹ, Canada, Hồng Kông, Singapore, Nhật Bản, Thụy Sĩ;

(**): Ngoại trừ Hồng Kông, Singapore và Nhật Bản;

(***): Ngoại trừ Singapore.