

GIẤY YÊU CẦU THAY ĐỔI SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Bên mua Bảo hiểm: _____
 Số hợp đồng: _____
 Tên Người được Bảo hiểm 1*: _____
 Tên Người được Bảo hiểm 2*: _____
 Tên Người được Bảo hiểm 3*: _____
 Chương trình Bảo hiểm hiện tại: _____

Yêu cầu thay đổi sản phẩm như sau:

CARE ELITE	CE1 - 10.000.000.000 VND	CE2 - 20.000.000.000 VND
Nội trú	☐	☐
Ngoại trú	☐	☐
Thai sản	☐	☐
Nha khoa	☐	☐
Tai nạn cá nhân (PA)	Số tiền bảo hiểm: _____	
Lựa chọn chiết khấu	☐ Đồng thanh toán 20% (-25%) ☐ Giới hạn vùng điều trị tại Châu Á (-10%)** ☐ Giới hạn vùng điều trị tại Đông Nam Á (-20%)***	

CARE CROSS	CC1 - 1.000.000.000 VND	CC2 - 2.000.000.000 VND	CC3 - 5.000.000.000 VND
Nội trú	☐	☐	☐
Ngoại trú	☐	☐	☐
Thai sản	☐	☐	☐
Nha khoa	☐	☐	☐
Tai nạn cá nhân (PA)	Số tiền bảo hiểm: _____		
Lựa chọn chiết khấu	☐ Đồng thanh toán 20% (-25%) ☐ Giới hạn vùng điều trị tại Châu Á (-10%)** ☐ Giới hạn vùng điều trị tại Đông Nam Á (-20%)***		

CARE FIRST	CF1 - 100.000.000 VND	CF2 - 250.000.000 VND	CF3 - 500.000.000 VND
Nội trú	☐	☐	☐
Ngoại trú	☐	☐	☐
Thai sản	☐	☐	☐
Nha khoa	☐	☐	☐
Tai nạn cá nhân (PA)	Số tiền bảo hiểm: _____		
Lựa chọn chiết khấu	☐ Đồng thanh toán 20% (-25%)		

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 1: _____ Ngày: _____
 (ngày/tháng/năm)

Chữ ký & tên của Người được Bảo hiểm 2: _____ Ngày: _____
 (ngày/tháng/năm)

Chữ ký & tên của Người được Bảo hiểm 3: _____ Ngày: _____
 (ngày/tháng/năm)

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

(*) : Đính kèm danh sách trong trường hợp Hợp đồng có nhiều Người được Bảo hiểm;
 (**) : Ngoại trừ Hồng Kông, Singapore và Nhật Bản;
 (***) : Ngoại trừ Singapore.