

GIẤY YÊU CẦU CHẤM DỨT BẢO HIỂM SỨC KHỎE

Bên Mua Bảo Hiểm: _____

Hợp đồng bảo hiểm số:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Yêu cầu chấm dứt Bảo Hiểm Sức Khỏe cho:

Tất cả người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này

Tên Người Được Bảo Hiểm (kèm mã số thành viên):

1.
2.
3.
4.
5.

Ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm (*):.....

Tên người nhận tiền hoàn phí bảo hiểm (trong trường hợp được hoàn tiền):

Số tài khoản ngân hàng:

Tên ngân hàng:

Chi nhánh:

Nếu chỉ định tài khoản không phải là tài khoản của Bên mua Bảo hiểm/ Người được bảo hiểm, xin vui lòng nêu rõ lý do

Trường hợp Tôi chỉ định tài khoản nhận tiền hoàn phí bảo hiểm không phải là tài khoản của Bên mua bảo hiểm/ Người được Bảo hiểm theo Hợp đồng, Tôi cam kết: tự chịu trách nhiệm và tự chịu các rủi ro pháp lý; cam kết không tranh chấp, khiếu nại bất kỳ nội dung liên quan đến việc Công ty đã chi trả theo sự chỉ định của Tôi theo Giấy yêu cầu này.

Ghi Chú Quan Trọng:

(*) Ngày chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm ghi trên phụ lục sẽ dựa vào:

(a) Ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm trên giấy yêu cầu này, HOẶC

(b) Ngày Pacific Cross Việt Nam nhận được giấy yêu cầu này, tùy thuộc vào ngày nào đến sau.

Ngày chấm dứt hiệu lực hợp đồng là một trong những cơ sở để tính phí hoàn lại (nếu đủ điều kiện).

Bên Mua Bảo Hiểm

(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày, tháng, năm