

PHIẾU YÊU CẦU ĐIỀU CHỈNH NỘI DUNG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

(Mẫu POS02_201410V3)



Hợp đồng bảo hiểm số: Người được bảo hiểm (NDBH) chính:

Bên mua bảo hiểm (BMBH): (Các) Quốc tịch:

Email: Điện thoại di động/cố định:

Tôi, Bên mua bảo hiểm: - Đề nghị cập nhật số điện thoại và Email trên cho tất cả các hợp đồng bảo hiểm mà tôi tham gia với AIA Việt Nam; và
- Đồng ý nhận mọi thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm từ AIA Việt Nam bằng tin nhắn (SMS) và thư điện tử (Email)
Nếu KHÔNG ĐỒNG Ý, Quý khách vui lòng đánh dấu gạch chéo (X) vào ô thích hợp: SMS Email

Trường hợp có bất cứ thay đổi nào về thông tin liên lạc hoặc nhân thân, Quý khách vui lòng thông báo ngay với AIA Việt Nam để được cập nhật kịp thời.

I. ĐIỀU CHỈNH ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ: Định kỳ đóng phí mới: Năm Nửa năm Quý Tháng

II. ĐIỀU CHỈNH SỐ TIỀN BẢO HIỂM CỦA SẢN PHẨM CHÍNH

Sản phẩm chính	Số tiền bảo hiểm hiện tại	Số tiền bảo hiểm mới

III. ĐIỀU CHỈNH SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG (vui lòng đánh dấu (x) vào ô thích hợp)

Tên sản phẩm bổ sung	Họ tên NDBH	Thêm	Hủy	Điều chỉnh	Số tiền bảo hiểm hiện tại	Số tiền bảo hiểm điều chỉnh/thêm mới
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Điều chỉnh quyền lợi BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Quyền lợi	Họ tên NDBH	Yêu cầu		Chương trình			Phạm vi địa lý được BH	
		Thêm	Hủy	Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Việt Nam	ASEAN
Nội trú		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nội trú và Ngoại trú		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nội trú, Ngoại trú và Nha khoa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. YÊU CẦU DUY TRÌ HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG VỚI SỐ TIỀN BẢO HIỂM GIẢM: (Vui lòng đánh dấu (x) vào ô bên)

Quý khách lưu ý:

- Vui lòng cung cấp TỜ KHAI SỨC KHỎE (theo mẫu) cùng với PYC này khi yêu cầu tăng số tiền bảo hiểm và/hoặc tham gia thêm sản phẩm bổ sung.
- Việc thực hiện giảm số tiền bảo hiểm của sản phẩm chính (nếu có) có thể dẫn đến việc tự động giảm hoặc/hủy bỏ sản phẩm bổ sung theo qui định hiện hành của AIA Việt Nam về mối tương quan giữa sản phẩm chính và sản phẩm bổ sung.

Tôi, Bên mua bảo hiểm theo đây đồng ý và xác nhận:

- Yêu cầu thay đổi này chỉ có giá trị hiệu lực khi được AIA Việt Nam chấp thuận bằng văn bản và với điều kiện NDBH còn sống tại thời điểm chấp thuận.
- Cho phép Công ty sử dụng và cung cấp các thông tin thu thập được liên quan đến hợp đồng này và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến tôi cho các cá nhân/đơn vị liên kết hoặc bên thứ ba độc lập, ở trong hay ngoài Việt Nam, để thực hiện việc xử lý thông tin, tư vấn hay cung cấp thông tin liên quan đến sản phẩm hay dịch vụ, hoặc nhằm mục đích phục vụ hoạt động kinh doanh của Công ty.
- Cho phép Công ty được quyền cung cấp các thông tin cá nhân của tôi và các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến tôi cho bất kỳ cơ quan nhà nước có thẩm quyền nào, bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ. Tôi đồng ý và cam kết thêm rằng trong trường hợp tôi có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố có liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ,...), tôi sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm các thông tin/chứng từ cần thiết theo yêu cầu của Công ty.

Để bảo vệ quyền lợi của mình, Quý khách vui lòng kiểm tra và đảm bảo thông tin đã được điền đầy đủ và chính xác trước khi ký.

BÊN MUA BẢO HIỂM
(ký tên và ghi họ tên bằng chữ thường)

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG
Số CMND/ MS Đại lý:ĐT:

Ngày/...../..... Họ và tên:

Ngày/...../..... Họ và tên:

