

2.2 Thay đổi địa chỉ thường trú	<input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm chính <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm bổ sung (Họ tên): Số nhà/Đường: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/Thành Phố:
2.3 Thay đổi địa chỉ gửi thư liên hệ	<input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm chính <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm bổ sung (Họ tên): Số nhà/Đường: Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/Thành Phố:
2.4 Thay đổi số điện thoại liên lạc	<input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm chính <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm bổ sung (Họ tên): Di động: Điện thoại:
2.5 Thay đổi Email	<input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm chính <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm bổ sung (Họ tên): Email:

3. Thay đổi nghề nghiệp

Bên mua bảo hiểm Người được bảo hiểm chính
 Người được bảo hiểm bổ sung (Họ tên):

(Đề nghị ghi rõ các nội dung như bên dưới, nếu có)

Tên công ty:..... Chức vụ:

Địa chỉ nơi làm việc:

Nội dung công việc:

4. Thay đổi chữ ký (con dấu)

Bên mua bảo hiểm Người được bảo hiểm chính Người đại diện trước pháp luật
 Người được bảo hiểm bổ sung (Họ tên):

Lý do thay đổi:

.....

.....

※Khi thay đổi chữ ký (con dấu), đề nghị ký (đóng dấu) cả chữ ký (con dấu) cũ và mới trên ô chữ ký của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm chính/ (những) Người được bảo hiểm bổ sung/ Người đại diện trước pháp luật trên trang 6/6.

※Tôi/Chúng tôi xin cam đoan các thông tin đã cung cấp trên Giấy yêu cầu bảo hiểm nhân thọ ban đầu, Tờ khai sức khỏe và các hạng mục thay đổi sau ngày hợp đồng có hiệu lực là chính xác. Tôi/Chúng tôi cũng xin xác nhận ngày hiệu lực hợp đồng bảo hiểm này không thay đổi.

5. Thay đổi Người thụ hưởng

Trường hợp Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm không được quy định trong Quy tắc điều khoản sản phẩm hoặc Bên mua bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả cho (những) Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm. Trường hợp Bên mua bảo hiểm là pháp nhân, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm			Họ tên	Ngày sinh	Giới tính	Giấy tờ tùy thân		Quan hệ với Bên mua bảo hiểm	Quan hệ với Người được bảo hiểm chính	% Tỷ lệ thụ hưởng	Thứ tự ưu tiên
Tử vong	Sinh kỳ	Đào hạn				Loại	Số				

6. Thay đổi nội dung hợp đồng

Ghi chú: Nếu sản phẩm bảo hiểm không chia lãi, thì không nhận được phần lãi chia, do vậy không có thông tin thanh toán tiền lãi

Tên sản phẩm bảo hiểm :

Giảm Số tiền bảo hiểm thành: _____ VND

Tăng Số tiền bảo hiểm thành: _____ VND

Thay đổi lựa chọn quyền lợi bảo hiểm sản phẩm:

Quyền lợi Bảo hiểm cơ bản Quyền lợi Bảo hiểm nâng cao

※ Thay đổi lựa chọn quyền lợi bảo hiểm sản phẩm chính chỉ được chọn 1 trong 2 và chỉ hạn chế trong cùng một loại sản phẩm một hợp đồng bảo hiểm.

Họ tên Người được bảo hiểm chính /Họ tên Người được bảo hiểm bổ sung.	Giấy tờ tùy thân		Quan hệ với Người được bảo hiểm chính	Ngày sinh	Tên sản phẩm phụ/ Tên quyền lợi bảo hiểm tăng cường	Mua thêm sản phẩm phụ/Hủy bỏ sản phẩm phụ/Mua thêm quyền lợi bảo hiểm tăng cường/ Hủy bỏ quyền lợi bảo hiểm tăng cường			
	Loại	Số				Thời hạn đóng phí	Số tiền bảo hiểm	Mua thêm	Hủy bỏ
								<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"/>

7. Định kỳ đóng phí: Lựa chọn một trong những định kỳ đóng phí sau:

Hàng năm

Nửa năm

Hàng quý

8. Cấp lại Quyền hợp đồng bảo hiểm

Phí cấp lại hợp đồng bảo hiểm là 50.000 VND (Năm mươi nghìn đồng chẵn)

9. Bảo hiểm với số tiền bảo hiểm giảm

Khi thay đổi thành bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm giảm thì căn cứ theo điều khoản của hợp đồng bảo hiểm sẽ đồng thời hủy bỏ tất cả các sản phẩm phụ .

10. Đánh giá tình trạng sức khỏe

Yêu cầu đánh giá lại việc tăng phí bảo hiểm (Điền họ tên Người được bảo hiểm chính/Người được bảo hiểm bổ sung đồng thời cần cung cấp Tờ khai sức khỏe/Tài liệu y tế liên quan)

Họ tên:

Họ tên:

Họ tên:

Họ tên:

Yêu cầu đánh giá hủy bỏ loại trừ phạm vi bảo hiểm (Điền họ tên Người được bảo hiểm chính/ Người được bảo hiểm bổ sung đồng thời cần cung cấp tờ khai sức khỏe/Tài liệu y tế liên quan)

Họ tên:

Họ tên:

Họ tên:

Họ tên:

11. Bổ sung thông tin về sức khỏe (cung cấp Tờ khai sức khỏe/Tài liệu y tế liên quan kèm theo)

12. Khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm: Đồng thời phải thanh toán toàn bộ tiền gốc và lãi khoản tạm ứng đóng phí tự động, tiền gốc và lãi của khoản tạm ứng giá trị hoàn lại, nếu có.

※Thực hiện dựa theo các quy định có liên quan đến điều khoản khôi phục hiệu lực hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm tương ứng.

13. Rút tiền từ giá trị tài khoản hợp đồng

Số tiền dự định rút từ giá trị tài khoản hợp đồng lần này (bằng số): VND

Số tiền dự định rút (bằng chữ):

※Số tiền mỗi lần yêu cầu rút phải từ 2.000.000VND trở lên đồng thời không được vượt quá 80% Giá trị hoàn lại/ Giá trị tài khoản sau khi đã trừ đi các khoản vay.

※Giá trị hoàn lại/ Giá trị tài khoản của hợp đồng sau khi rút không được thấp hơn 5.000.000VND.

※Chi phí cho mỗi lần yêu cầu rút tiền từ giá trị tài khoản hợp đồng căn cứ theo quy định trong điều khoản hợp đồng của từng sản phẩm bảo hiểm.

14. Nhận tiền chênh lệch lãi suất

Số tiền đề nghị lĩnh nhận(bằng số): VND

Số tiền đề nghị lĩnh nhận (bằng chữ):.....

(Số tiền mỗi lần đề nghị lĩnh nhận phải từ 300.000VND trở lên)

15. Hủy ngang hợp đồng Hủy bỏ hợp đồng (trong thời gian cân nhắc)

Nguyên nhân hủy:.....

※Hủy hợp đồng trước hạn Khách hàng có thể sẽ chịu thiệt, mong Quý khách hàng xem xét kỹ.

※Khi “Hủy hợp đồng” có hiệu lực, Công ty căn cứ vào điều khoản của hợp đồng bảo hiểm hoàn trả cho khách hàng giá trị hoàn lại của hợp đồng (nếu có) cùng với các khoản khác (nếu có). Tuy nhiên, nếu phát sinh tiền gốc và lãi từ các khoản tạm ứng giá trị hoàn lại, các khoản tạm ứng đóng phí tự động, các khoản nợ khác, thì Công ty sẽ khấu trừ các khoản này trước khi thanh toán cho khách hàng. Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Công ty nhận được yêu cầu thông báo bằng văn bản từ Bên mua bảo hiểm.

16. Nếu lần thay đổi này phát sinh khoản thanh toán, vui lòng lựa chọn hình thức lĩnh nhận (nếu không lựa chọn Công ty sẽ thanh toán bằng tiền mặt, tuy nhiên với số tiền từ 10.000.000VND trở lên Công ty sẽ áp dụng phương thức chuyển khoản)

Chuyển khoản cho Bên mua bảo hiểm Tiền mặt Trừ toàn bộ vào khoản phí kỳ tiếp theo

Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:

Tên ngân hàng (bao gồm cả tên chi nhánh:

Nếu thông tin số tài khoản tôi cung cấp sai dẫn đến các vấn đề liên quan đến việc chuyển tiền tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm

Lưu ý: Tài khoản chuyển khoản yêu cầu là tài khoản của chính Bên mua bảo hiểm, nếu lần thay đổi này cùng đồng thời yêu cầu thay đổi Bên mua bảo hiểm, thì tài khoản chuyển khoản sẽ là tài khoản của Bên mua bảo hiểm mới.

Nếu cần bổ sung/làm rõ thông tin, nhân viên thực hiện có thể sẽ gọi điện phỏng vấn Quý khách hàng để xác nhận. Vui lòng điền số điện thoại liên lạc ban ngày của Quý khách hàng. Xin cảm ơn! Số điện thoại:

17. Mục bổ sung làm rõ

18. Mục bổ sung thông tin theo đạo luật FATCA

(Đây là thông tin bắt buộc trong trường hợp thay đổi thông tin cơ bản của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chính/ Người được bảo hiểm bổ sung, thay đổi địa chỉ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm chính/ Người được bảo hiểm bổ sung, thay đổi Bên mua bảo hiểm thành người khác, thêm Người được bảo hiểm bổ sung, thay đổi Người thụ hưởng)

Khách hàng là công dân Mỹ hoặc là người có nghĩa vụ khai thuế tại Mỹ, hoặc có một trong các tiêu chí sau:

(1). Số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Mỹ (bao gồm thẻ xanh)

(2). Mã số thuế tại Mỹ

(3). Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Mỹ

(4). Thường xuyên yêu cầu chuyển tiền đến tài khoản thuộc ngân hàng trong lãnh thổ Mỹ

(5). Ủy quyền cho cá nhân có địa chỉ tại Mỹ hoặc địa chỉ nhờ chuyển thư hoặc nhận thư tại Mỹ

Có Không

Xin vui lòng lưu ý trong trường hợp Khách hàng có phát sinh bất kỳ thay đổi nhân thân nào liên quan đến đạo luật FATCA, cần thông báo cho Công ty trong thời hạn 30 ngày. Ngoài ra, Khách hàng đồng ý để Công ty cung cấp thông tin của Khách hàng cho Cơ quan quản lý thuế vụ Mỹ nhằm phù hợp với các quy định của đạo luật này. Các thông tin được cung cấp sẽ bao gồm các thông tin liên quan tới hợp đồng bảo hiểm của Khách hàng.

Cam kết và ủy quyền của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (Xin vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng Công ty sẽ chịu trách nhiệm bảo mật các thông tin cá nhân do Tôi/Chúng tôi cung cấp trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này. Đồng thời Tôi/Chúng tôi cũng đồng ý rằng Công ty được phép cung cấp các thông tin liên quan tới hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ của Tôi/Chúng tôi cho các Tổ chức y tế, các Công ty bảo hiểm và tái bảo hiểm và/hoặc các bên có liên quan khác nhằm mục đích: thẩm định, thực hiện hợp đồng bảo hiểm, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, sử dụng cho mục đích cung cấp, quản lý và phát triển sản phẩm, cải thiện chất lượng dịch vụ của Công ty, cung cấp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước, mục đích khác mà không làm phương hại đến lợi ích hợp pháp của khách hàng.

Tôi/Chúng tôi xin cam đoan những nội dung điền trong giấy yêu cầu này là chính xác, do đích thân tôi ký tên. Nếu có bất cứ sai sót nào Tôi/Chúng tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Họ tên:.....

Chữ ký Người được bảo hiểm chính

Dưới 12 tuổi có thể để người đại diện theo pháp luật kí tên của Người được bảo hiểm chính

Họ tên:.....

Chữ ký Người đại diện theo pháp luật

Người được bảo hiểm chính chưa đủ 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật phải kí tên đồng ý

Họ tên:.....

Mối quan hệ với NĐBH chính:.....

Loại giấy tờ tùy thân:.....

Số giấy tờ tùy thân:.....

Số điện thoại:.....

Chữ ký Người được bảo hiểm bổ sung (1)

Dưới 12 tuổi có thể để người đại diện theo pháp luật kí tên của Người được bảo hiểm bổ sung

Họ tên:.....

Chữ ký Người đại diện theo pháp luật

Người được bảo hiểm bổ sung chưa đủ 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật phải kí tên đồng ý

Họ tên:.....

Mối quan hệ với NĐBH bổ sung 1:.....

Loại giấy tờ tùy thân:.....

Số giấy tờ tùy thân:.....

Số điện thoại:.....

Chữ ký Người được bảo hiểm bổ sung (2)

Dưới 12 tuổi có thể để người đại diện theo pháp luật kí tên của Người được bảo hiểm bổ sung

Họ tên:.....

Chữ ký Người đại diện theo pháp luật

Người được bảo hiểm bổ sung chưa đủ 18 tuổi thì Người đại diện theo pháp luật phải kí tên đồng ý

Họ tên:.....

Mối quan hệ với NĐBH bổ sung 2:.....

Loại giấy tờ tùy thân:.....

Số giấy tờ tùy thân:.....

Số điện thoại:.....

Tôi xác nhận chữ ký trên là đích thân Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm chính, Người được bảo hiểm bổ sung, Người đại diện theo pháp luật kí tên. Nếu có hành vi không trung thực, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật.

Chữ ký nhân viên đại lý

Họ tên:.....

Mã số nhân viên:.....

Mã đơn vị kinh doanh:.....

Số điện thoại liên lạc:.....

Chữ ký chủ quản đơn vị kinh doanh

Họ tên:.....

Mã số nhân viên:.....

Mã đơn vị kinh doanh:.....

Số điện thoại liên lạc:.....

Nhân viên thụ lý

Nhân viên scan