

Hợp đồng số: \_\_\_\_\_  
Tên người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_  
Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_  
Ngày sinh (ngày/tháng/năm): \_\_\_\_\_ Giới tính (Nam/Nữ): \_\_\_\_\_  
Chiều cao (cm): \_\_\_\_\_ Cân nặng (kg): \_\_\_\_\_  
Địa chỉ email: \_\_\_\_\_  
Tăng quyền lợi bảo hiểm đến: \_\_\_\_\_

## Người phụ thuộc

Tên	Ngày sinh	Giới tính	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	Mối quan hệ	Nghề nghiệp

- Bạn hoặc người phụ thuộc có khám bác sĩ trong vòng 2 năm vừa qua không?  Không  Có (cung cấp chi tiết)  
\_\_\_\_\_
- Bạn hoặc người phụ thuộc có đang điều trị, tuân thủ chế độ ăn kiêng, hoặc điều trị bằng thuốc cho bất kỳ bệnh hoặc chấn thương nào không?  Không  Có (cung cấp chi tiết)  
\_\_\_\_\_
- Bạn hoặc người phụ thuộc có được chỉ định làm bất kỳ xét nghiệm, điều trị, chế độ ăn kiêng đặc biệt, điều trị bằng thuốc, thủ thuật, kiểm tra sức khỏe hoặc nhập viện mà bạn chưa thực hiện không?  Không  Có (cung cấp chi tiết)  
\_\_\_\_\_
- Có bất kỳ bệnh tật nào mà bạn và/hoặc người phụ thuộc mắc phải trước khi yêu cầu tăng quyền lợi bảo hiểm không?  
\_\_\_\_\_
- Hiện tại có thai không?  Không  Có (cung cấp ngày dự sanh)  
\_\_\_\_\_

Tôi cam kết rằng tất cả các câu trả lời ở trên hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật.

Chữ ký của Người được bảo hiểm  
(Chữ ký của Chủ hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm là trẻ em)

Ngày

**Lưu ý:** Bất kỳ bệnh tật tồn tại trước khi yêu cầu tăng quyền lợi bảo hiểm sẽ được bảo hiểm dựa theo Nguyên tắc bảo hiểm của bệnh tồn tại trước trừ khi công ty được thông báo trên đơn này và thương tật được chấp thuận bảo hiểm với quyền lợi cao hơn bằng văn bản của công ty.

Vui lòng gửi đơn đã điền đầy đủ thông tin đến: