

Đơn yêu cầu khôi phục hợp đồng bảo hiểm được yêu cầu dựa trên cơ sở thẩm định mới. Mọi tình huống, tiêu chuẩn thẩm định sẽ giống như thẩm định đơn yêu cầu bảo hiểm mới trừ khi có sự đồng ý của nhà bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm 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: _____

Người phụ thuộc

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

1. Bạn hoặc người phụ thuộc có khám bác sĩ trong 2 năm vừa qua không? Không Có (cung cấp chi tiết)

2. Bạn hoặc người phụ thuộc có đang điều trị, chế độ ăn đặc biệt, hoặc điều trị bằng thuốc cho bất kỳ bệnh hoặc thương tật nào không?

Không Có (cung cấp chi tiết)

3. Bạn hoặc người phụ thuộc có được chỉ định làm bất kỳ xét nghiệm, điều trị, chế độ ăn đặc biệt, điều trị bằng thuốc, thủ thuật, kiểm tra sức khỏe, hoặc nhập viện điều trị không? Không Có (cung cấp chi tiết)

4. Bạn hoặc người phụ thuộc có phát sinh chi phí y tế (hoặc các chi phí khác được bảo hiểm dưới hợp đồng bảo hiểm này) trong 2 năm vừa qua mà chưa thông báo cho công ty bảo hiểm không? Không Có (cung cấp chi tiết và số tiền)

Tôi cam kết rằng những câu trả lời trên hoàn toàn đầy đủ và đúng sự thật. Tôi đồng ý rằng các câu trả lời trong đơn này cùng những cam kết làm cơ sở để khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm.

Chữ ký của người được bảo hiểm
(Chữ ký của chủ hợp đồng bảo hiểm nếu người
được bảo hiểm là trẻ em)

Ngày

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

Công ty TNHH APRIL VIỆT NAM
Phòng 201, Tầng 2, Tòa nhà Lafayette
Số 8 Phùng Khắc Khoan, Phường Đa Kao,
Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
SĐT: (+84) 28 7307 7984
Email: ops.vn@april.com