

**PHIẾU YÊU CẦU ĐIỀU CHỈNH SẢN PHẨM BẢO HIỂM  
BỒI HOÀN CHI PHÍ Y TẾ TRONG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM  
(Mẫu POS20\_2024.12)**



Hợp đồng bảo hiểm số: ..... Số Điện thoại: .....  
Bên mua bảo hiểm: ..... Số CC/CCCD: .....

*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.*

**Tôi, BMBH yêu cầu AIA điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm có thông tin bên trên như sau:** (Vui lòng điền đầy đủ thông tin & đánh dấu (✓) vào ô thích hợp):

**I. CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỒI HOÀN CHI PHÍ Y TẾ (BHCPTYT)**

**1. BẢO HIỂM NĂM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT (HSIL)**

Họ tên NDBH	Chương trình	
	Cơ bản	Nâng cao
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE (CHR)**

Quyền lợi			Họ tên NDBH	Chương trình			Phạm vi bảo vệ	
Nội trú	Ngoại trú	Nha khoa		Cơ bản	Nâng cao	Ưu việt	Việt Nam	ASEAN
<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"/>	<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"/>

**3. BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE 2.0 (CHR2.0)**

Quyền lợi		Họ tên NDBH	Chương trình	
Nội trú	Ngoại trú		Cơ bản	Nâng cao
<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"/>

**II. THÊM BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN CHO GIA ĐÌNH (FHP)**

Quyền lợi chính Việt Nam	Quyền lợi chính Toàn Cầu (trừ Liên Bang Hoa Kỳ)	Quyền lợi điều trị Ngoại trú	Quyền lợi chăm sóc Nha khoa	Họ tên NDBH	Chương trình			
					Cơ bản	Nâng cao	Toàn diện	Hoàn hảo
<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"/>	<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"/>

Quý khách lưu ý:

- Sản phẩm có tên thương mại khác nhau tùy theo kênh phân phối. Quý khách vui lòng liên hệ Chuyên viên tư vấn để biết thông tin chi tiết.
- Vui lòng cung cấp Tờ Khai Sức Khỏe (theo mẫu) cùng với Phiếu yêu cầu này khi yêu cầu tham gia thêm sản phẩm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện Cho Gia Đình.
- Công ty sẽ tiến hành thăm định sức khỏe cho sản phẩm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện Cho Gia Đình theo yêu cầu tham gia của Quý khách.
- **Thời gian chờ sẽ được miễn áp dụng trong trường hợp sản phẩm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện Cho Gia Đình mới có Chương trình bảo hiểm tương đương hoặc thấp hơn sản phẩm BHCPYT hiện hữu**, bao gồm các nhóm quyền lợi tương tự đã có ở sản phẩm BHCPYT hiện hữu và Quyền lợi bảo vệ miễn phí thành viên mới.
- **Thời gian chờ sẽ được áp dụng theo quy định tại quy tắc điều khoản sản phẩm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện Cho Gia Đình cho các quyền lợi Ngoại trú, Nha khoa, Thai sản được thêm mới** cho sản phẩm (không có trong sản phẩm BHCPYT hiện hữu của khách hàng); **và trường hợp** sản phẩm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện Cho Gia Đình mới có Chương trình bảo hiểm cao hơn sản phẩm BHCPYT hiện hữu.
- Tôi đã đọc và đồng ý với các nội dung liên quan đến Chính sách bảo vệ dữ liệu cá nhân của AIA Việt Nam tại đường dẫn: <https://www.aia.com.vn/vi/dich-vu/chinh-sach-bao-ve-du-lieu-ca-nhan.html>

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

- **Sử dụng phần phí chưa sử dụng (nếu có) khi chấm dứt hiệu lực sản phẩm BHCPYT hiện hữu để đóng một phần phí cho việc thêm sản phẩm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện Cho Gia Đình.**
- Đã được tư vấn đầy đủ, rõ ràng về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm và hiểu rõ sản phẩm bảo hiểm tôi/chúng tôi chọn phù hợp với nhu cầu và khả năng tài chính của tôi/chúng tôi.
- Đồng ý với việc tham gia sản phẩm Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Diện Cho Gia Đình qua phương thức văn bản này đồng nghĩa với việc không tham gia chương trình Quyền lợi thưởng sống khỏe Vitality gắn kèm (nếu có).
- 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 bảo hiểm 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.
- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có liên quan, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố 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, ...) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu Công ty có yêu cầu.
- Cho phép Công ty thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền (bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ) hoặc cho mục đích thăm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, lưu trữ, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu.

**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 và ghi rõ Họ tên)

Họ tên: .....

Ngày ...../...../.....

**Người nộp yêu cầu**

Đại lý: ..... MS: .....

NV thu phí : ..... MS: .....

NDBH: .....

Bưu điện

Khác: .....

Ngày ...../...../.....