

GIẤY YÊU CẦU THAY ĐỔI (MẪU B)

[Khôi phục hiệu lực/Thay đổi nghề nghiệp/Sản phẩm phụ/Thông báo đi nước ngoài]

Hợp đồng số	Ngày cấp pho bản (ngày/tháng/năm)
-------------------	---

1. Khôi phục hiệu lực hợp đồng (Hiệu lực của hợp đồng chỉ được khôi phục sau khi Cathay chấp thuận, đồng thời những phí bảo hiểm quá hạn, khoản chưa hoàn trả khác và lãi tích lũy của tất cả các khoản này đã được nộp đầy đủ và Người được bảo hiểm còn sống). Vui lòng hoàn tất các câu hỏi ở trang đính kèm.

Ngày tạm ngưng hiệu lực:...../...../.....

2. Thay đổi: **Nghề nghiệp** **Sản phẩm phụ**

Thông tin cá nhân của các NDBH	QH với BMBH / NDBH (*)	Bản thân	<input type="checkbox"/> Vợ/ <input type="checkbox"/> Chồng	<input type="checkbox"/> Con cái	<input type="checkbox"/> Con cái			
	Họ tên							
	Số CMND/Khai sinh							
	Ngày sinh	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
	Nghề nghiệp		Loại:	Loại:	Loại:	Loại:		
STBH	Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>	
Phí BH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
STBH	Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>	
Phí BH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
STBH	Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>	
Phí BH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
STBH	Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>	
Phí BH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
STBH	Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>		Hủy <input type="checkbox"/>	
Phí BH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

3. Thông báo đi nước ngoài:

Bên mua bảo hiểm Người được bảo hiểm chính Người được bảo hiểm phụ
(Đề nghị gửi kèm bản sao hộ chiếu và thị thực xuất nhập cảnh hoặc giấy tờ thay thế khác, nếu có. Chỉ trong trường hợp lưu trú tại nước ngoài liên tục từ 3 tháng trở lên, quý khách mới cần thông báo cho Cathay. Cathay sẽ liên hệ với quý khách thông qua địa chỉ tại Việt Nam)

Quốc gia đến:.....Ngày rời Việt Nam:...../...../.....Thời gian ở nước ngoài:.....

Mục đích chuyến đi:.....

Địa chỉ liên hệ ở nước ngoài:

Người nộp thay phí và địa chỉ liên hệ tại Việt Nam (nếu bên mua bảo hiểm đi nước ngoài):

Số nhà/Đường:.....Phường/Xã:.....

Quận/Huyện:

Tỉnh/TP:

Điện thoại:

Email:

4. Thay đổi khác:

() Mọi quan hệ với NDBH/BMBH sẽ tùy thuộc vào quy định từng sản phẩm.*

**Đối với yêu cầu khôi phục hợp đồng, bổ sung sản phẩm phụ hoặc tăng số tiền bảo hiểm của sản phẩm phụ:
Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải hoàn tất các câu hỏi dưới đây :**

THÔNG TIN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	Bên mua BH Có Không		Người được BH Có Không	
Nghề nghiệp hiện tại: Bên mua bảo hiểm:Người được bảo hiểm:				
Chiều cao và cân nặng hiện tại : Bên mua bảo hiểm: Chiều cao (cm) /Cân nặng (kg)				
Người được bảo hiểm: Chiều cao (cm)/Cân nặng (kg)				
Từ trước đến nay, Ông/Bà đã có, biết hoặc đã được thông báo về các vấn đề sau:				
1. Ông/Bà có đang được bảo hiểm hay đang yêu cầu bảo hiểm ở công ty bảo hiểm khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ông/Bà có hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nào bị tạm hoãn, tạm dừng hoặc bị từ chối hoặc được chào bán với quyền lợi bảo hiểm bị loại trừ hoặc mức phí bảo hiểm cao hơn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ông/Bà có hồ sơ yêu cầu bồi thường đang chờ hoặc đã giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc từ chối giải quyết quyền lợi bồi thường ở công ty bảo hiểm nào không ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Với các câu trả lời Có, vui lòng cung cấp chi tiết dưới đây

Tên công ty BH / Số hợp đồng BH	Số tiền bảo hiểm	Ngày hiệu lực	Nguyên nhân Tạm hoãn /dừng, Từ chối, Chấp thuận bảo hiểm có điều kiện, Yêu cầu bồi thường	Ngày/ tháng/ năm	Tình trạng

	Bên mua BH Có Không		Người được BH Có Không	
4. Ông/ Bà có tham gia bay cá nhân, lặn hoặc các môn thể thao nguy hiểm (ví dụ: leo núi, đua xe, đua ngựa, lặn, nhảy dù, săn bắn...), các cuộc đua hoặc bay khác với hành khách mua vé theo lịch bay thông thường của hãng hàng không? Nếu có, đề nghị trả lời bằng câu hỏi thích hợp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ông/ Bà có dự định thay đổi nghề nghiệp hoặc quốc gia thường trú không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bên mua bảo hiểm <i>(Ký & ghi họ tên bằng chữ thường)</i> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	Người được BH chính/ Người giám hộ <i>(Ký & ghi họ tên bằng chữ thường)</i> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
Số CCCD :..... Điện thoại:.....	
Người được bảo hiểm phụ/Người giám hộ <i>(Ký & ghi họ tên bằng chữ thường)</i> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	
Người làm chứng (Tôi xác nhận các chữ ký trên là của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, và (các) Người phụ thuộc, được ký tại thời điểm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người phụ thuộc có năng lực hành vi dân sự phù hợp theo quy định của pháp luật và trước sự có mặt của tôi) Số CMND/Mã Đại lý: Địa chỉ/Điện thoại liên lạc:.....	
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> Ký tại: ngày...../...../.....	

Ông/ Bà đã khi nào nằm viện hoặc điều trị hoặc được thông báo mắc bệnh hoặc có các rối loạn sau đây:	Bên mua BH		Bên được BH	
6. Trong vòng 6 tháng vừa qua, Người được bảo hiểm có thăm khám hay điều trị ở Bệnh viện hay cơ sở y tế nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Đau ngực, cảm giác đánh trống ngực, cao huyết áp, sốt thấp khớp, âm thổi tim, bệnh van tim, cơn đau thắt ngực, bệnh mạch vành, loạn nhịp tim, khó thở, suy tim, thiếu năng tuần hoàn, dị dạng mạch máu, giãn tĩnh mạch, hoặc các rối loạn tim và mạch máu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rối loạn hô hấp, khó thở, ho ra máu, giọng khàn hoặc ho kéo dài trên 1 tháng, viêm phế quản co thắt, viêm màng phổi, hen suyễn, bệnh khí phế thũng, bụi phổi, xơ hóa hoặc lao phổi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vàng da, bệnh viêm gan, xơ gan, sỏi mật, gan to, cổ trướng, viêm loét đường tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa, viêm tụy, viêm kết tràng, khó tiêu thường xuyên, khó nuốt, hoặc rối loạn tại đường tiêu hóa (bao gồm thực quản, dạ dày, ruột, gan hoặc túi mật)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tiểu có đường, albumin, máu hoặc mù, bí tiểu, phù, sỏi thận, suy thận, viêm vi cầu thận, hội chứng thận hư, rối loạn kinh nguyệt hoặc các rối loạn khác tại thận, bàng quang, tiền liệt tuyến hoặc cơ quan sinh dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rối loạn thị giác, thính giác, chóng mặt, co giật, động kinh, đau đầu kéo dài hơn 2 tuần, chấn thương vùng đầu, khiếm khuyết phát âm, liệt, teo cơ hoặc đột quy, bệnh Parkinson; bệnh Alzheimer, rối loạn tâm thần hoặc thần kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bệnh tiểu đường, lượng đường trong máu tăng cao, sốt kéo dài trên 1 tuần, các rối loạn tuyến giáp và các tuyến nội tiết khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dị dạng, tàn tật hoặc phẫu thuật cắt bỏ chi, rối loạn tại cột sống, lưng, cổ, khớp, cơ bắp, xương, dây thần kinh như viêm dây thần kinh, viêm tủy sống, viêm não, thần kinh tọa, thấp khớp, viêm khớp, bệnh lao các cơ quan hoặc bệnh Gút?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ung thư, ung thư biểu mô tại chỗ, khối u, u nang, bướu, polip, bất kỳ sự phát triển bất thường, hạch góc hàm, hạch nách, hạch thượng đòn, nhiễm độc hóa chất, hoặc các rối loạn của da hoặc các tuyến bạch huyết?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bệnh bẩm sinh, bệnh tự miễn (ví dụ: bệnh lupus ban đỏ hệ thống...), thiếu máu, bệnh bạch cầu, ưa chảy máu hoặc các bệnh về máu khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bệnh hoa liễu, AIDS, các tình trạng hoặc phức hợp dấu hiệu liên quan đến AIDS? Ông/ Bà có kết quả xét nghiệm dương tính với vi rút HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Trong vòng 5 năm trở lại đây, Ông/ Bà đã có làm xét nghiệm chẩn đoán như X-quang, siêu âm, điện tâm đồ, thử máu, sinh thiết? Hoặc phẫu thuật, khám y khoa, điều trị tại bệnh viện nhưng chưa được nêu ở phần trên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ông/ Bà có tiền sử dị ứng với loại thuốc/ thức ăn/ sữa/ thực phẩm dung nạp /phần hoa/ lông thú không hoặc dị ứng với một yếu tố dị nguyên khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sử dụng rượu/bia, dùng ma túy hoặc các chất gây nghiện? Nêu chi tiết nếu uống trên 285ml bia hoặc 1 ly rượu/ngày.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ông/ Bà có hút thuốc không? Nếu có thì hút bao nhiêu điếu/ngày, trong bao nhiêu năm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hiện tại Ông/Bà có dùng thuốc điều trị gì không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Trọng lượng của Ông/ Bà có thay đổi hơn 5 kg trong năm qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Có đang mang thai không? Nếu có cho biết ngày dự sinh:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Phần thông tin bổ sung đối với Người được bảo hiểm dưới 6 tuổi:				
a. Trẻ có sinh non không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cân nặng lúc sinh (kg).....; Số ngày nằm viện sau sinhNếu nằm viện trên 5 ngày, cho biết lý do:				
c. Trẻ có khó sinh, biến dạng các chi bẩm sinh, “tím tái”, chậm phát triển tâm thần hoặc hội chứng Đào (Down)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Có anh chị em song sinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Với các câu trả lời “có”, đề nghị trả lời chi tiết dưới đây:

Cam kết: (vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

Tôi/ Chúng tôi cam kết rằng tất cả nội dung được đề cập ở đây và bất kỳ bổ sung nào đính kèm theo đây và cấu thành một phần của Hợp đồng bảo hiểm là đúng sự thật theo sự tin tưởng và hiểu biết tốt nhất của tôi/ chúng tôi về Công ty phát hành Hợp đồng bảo hiểm. Tôi/ Chúng tôi đồng ý thông báo cho Công ty bất kỳ sự thay đổi nào về lời khai và các câu trả lời trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này trước khi nhận Hợp đồng bảo hiểm.

Trách nhiệm bảo hiểm phát sinh khi và chỉ khi 1/ Hợp đồng bảo hiểm được phát hành, 2/ Bên mua bảo hiểm nộp khoản phí bảo hiểm đầu tiên, 3/ Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận.

Tôi/ Chúng tôi biết rằng bất kỳ sự kê khai, tuyên bố gian lận nào hoặc cố tình gây nhầm lẫn nào hoặc bất kỳ sự khai báo sai nghiêm trọng nào trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm này có thể dẫn đến hậu quả không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm cũng như chịu trách nhiệm trước pháp luật.

Tôi/ Chúng tôi cho phép bất kỳ bác sĩ, y tế, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, nhà tâm lý học, bác sĩ trị liệu, bác sĩ trị liệu vật lý, bệnh viện, nhà dưỡng lão, cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần, trung tâm chăm sóc điều dưỡng, chăm sóc y tế, phòng thí nghiệm, dược phẩm, cơ sở điều trị, hoặc cơ sở liên quan đến y tế, và công ty bảo hiểm khác, đặc biệt bao gồm cả những người/ tổ chức được liệt kê ở trên, cung cấp hoặc tiết lộ toàn bộ hồ sơ bệnh án và bất kỳ thông tin y tế được bảo mật nào liên quan đến tôi/ chúng tôi đến Công ty, đại lý, nhân viên, nhà cung cấp hoặc người đại diện của Công ty. Bất kỳ và tất cả hồ sơ và thông tin liên quan đến chẩn đoán, xét nghiệm, điều trị, và tiên lượng về tình trạng thể chất hoặc tinh thần của tôi/ chúng tôi sẽ được phép tiết lộ. Điều này bao gồm thông tin về chẩn đoán hoặc điều trị nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Điều này cũng bao gồm thông tin về chẩn đoán và điều trị bệnh tâm thần và việc sử dụng rượu, thuốc và thuốc lá.

Thông tin sức khỏe được bảo mật này sẽ được tiết lộ theo sự ủy quyền này để Công ty có thể:

- 1 / thẩm định hồ sơ bảo hiểm, đưa ra điều kiện, đánh giá rủi ro và quyết định phát hành Hợp đồng bảo hiểm;
- 2 / nhận tái bảo hiểm;
- 3 / giải quyết bồi thường bảo hiểm, giải quyết khiếu nại và xác định hoặc thực hiện trách nhiệm bảo hiểm và chi trả bồi thường;
- 4 / tiến hành các hoạt động hợp pháp khác có liên quan đến bất kỳ khoản bảo hiểm nào tôi/ chúng tôi có hoặc đã nộp đơn cho Công ty.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi/ chúng tôi chấm dứt bất kỳ thỏa thuận nào tôi/ chúng tôi đã thực hiện để hạn chế thông tin y tế được bảo mật của tôi/ chúng tôi và tôi/ chúng tôi hướng dẫn bác sĩ, chuyên gia y tế, bệnh viện, phòng khám, cơ sở y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác tiết lộ toàn bộ hồ sơ bệnh án của tôi/ chúng tôi cho Công ty mà không bị bất kỳ sự hạn chế nào

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây: thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập 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.

Bằng việc đánh dấu/tích chọn vào ô dưới đây, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

Đồng ý

Không đồng ý

Công ty được phép chuyển giao thông tin cá nhân của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm trong các trường hợp khác ngoài các trường hợp quy định nêu trên với điều kiện:

1/ Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin, và

2/ Việc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không đồng ý cho phép Công ty được chuyển giao thông tin cá nhân trong các trường hợp khác ngoài các trường hợp quy định nêu trên không được sử dụng làm lý do để Công ty từ chối giao kết Hợp đồng

Tôi/ Chúng tôi đã đọc kỹ, hiểu rõ tất cả nội dung và câu hỏi trên.

Bên mua bảo hiểm

(Ký & ghi họ tên bằng chữ thường)

Số CCCD/ CMND :.....

Điện thoại:.....

Người được BH chính/

Người giám hộ

(Ký & ghi họ tên bằng chữ thường)

Người được bảo hiểm phụ/Người giám hộ

(Ký & ghi họ tên bằng chữ thường)

Người làm chứng (Tôi xác nhận các chữ ký trên là của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, và (các) Người phụ thuộc, được ký tại thời điểm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và Người phụ thuộc có năng lực hành vi dân sự phù hợp theo quy định của pháp luật và trước sự có mặt của tôi)

Số CMND/Mã Đại lý:

Địa chỉ/Điện thoại liên lạc:.....

Ký tại: ngày...../...../.....