**Phiếu thông tin về Hợp đồng Bảo hiểm thay thế**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Số Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm (HSYCBH):** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Bên mua Bảo hiểm (BMBH):** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | **Số CMND của BMBH:** | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_** | | |

**Họ và tên Đại diện Kinh doanh (ĐKKD): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mã số ĐKKD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Văn phòng kinh doanh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ông/Bà vui lòng cân nhắc và so sánh giữa các chương trình bảo hiểm trước khi quyết định hủy/chấm dứt hoặc thay đổi Hợp đồng Bảo hiểm (HĐBH) hiện có để tham gia chương trình bảo hiểm theo HSYCBH nêu trên.

Để đảm bảo việc hủy/chấm dứt hoặc thay đổi HĐBH phù hợp với nhu cầu và lợi ích của Ông/Bà, xin Ông/Bà, với tư cách là Bên mua Bảo hiểm, vui lòng liệt kê những HĐBH mà mình dự định hủy/chấm dứt hoặc thay đổi và các thông tin khác có liên quan như sau:

1. a. Ông/Bà đã có hoặc đang tham gia Bảo hiểm Nhân thọ với bất kỳ Công ty nào không? Vui lòng cho biết chi tiết:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên Công ty Bảo hiểm** | **Số HSYCBH/HĐBH** | **Tên Người được Bảo hiểm** | **Mệnh giá Bảo hiểm (VNĐ)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

b. Ông/Bà vui lòng liệt kê các HSYCBH/HĐBH dự định hủy/chấm dứt/giảm Mệnh giá Bảo hiểm để tham gia HSYCBH nêu trên:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên Công ty Bảo hiểm** | **Số HSYCBH/HĐBH** | **Tên Người được Bảo hiểm** | **Mệnh giá Bảo hiểm (VNĐ)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Thông tin khác mà Ông/Bà muốn cung cấp thêm:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vui lòng ghi rõ Họ tên** *(bằng chữ thường)* | | |  | **Chữ ký** | | | **Ngày** |
| **Bên mua Bảo hiểm** |  |  |  | |  |  |  |
| **Đại diện Kinh doanh** |  | **Mã số ĐDKD** |  | |  |  |  |