BAOVIET Life
BẢO VIỆT NHÂN THỌ

HT-01
Mẫu số 01 kèm theo Công văn số 2488/BVNT-QLHĐ
Ngày 14/07/2020 của Bảo Việt Nhân thọ

GIẤY ĐỀ NGHỊ THAY ĐỔI THÔNG TIN KHÁCH HÀNG

Hợp đồng số: | | | | | | | | | | | | | | |

Kính gửi: BẢO VIỆT NHÂN THỌ
Bên mua bảo hiểm: ..... Số điện thoại: ....
Người đại điện:..... Chức vụ:.....
Địa chỉ: ....

Chúng tôi đề nghị thay đổi, bổ sung một số thông tin liên quan đến ☐ Bên mua bảo hiểm/ ☐ Thành viên / ☐ Người được hưởng quyền lợi theo các hạng mục dưới đây và/hoặc trong "Danh sách Thông tin Thành viên/ Danh sách thông tin Người được hưởng quyền lợi" đính kèm Giấy đề nghị này ***(Quý khách vui lòng đánh dấu (✓) vào các mục và kê khai các nội dung đề nghị thay đổi)***. Chúng tôi xin cam kết các thông tin cung cấp dưới đây là đầy đủ và đúng sự thật. Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng các nội dung đề nghị thay đổi sẽ chỉ có hiệu lực kể từ ngày Bảo Việt Nhân thọ có văn bản đồng ý giải quyết.

THÔNG TIN BÊN MUA BẢO HIỂM	THÔNG TIN ĐỀ NGHỊ THAY ĐỔI
1. ☐ Tên Bên mua bảo hiểm *(kèm theo: quyết định đổi tên Doanh nghiệp)*	
2. ☐ Người đại diện *(kèm theo: Bản sao Quyết định bổ nhiệm, bản sao CMND/HC/CCCD Người đại diện)*	Họ tên…… Số CMND/HC/Thẻ CCCD…… Ngày cấp……..…….Nơi cấp…….. Mẫu chữ ký 1 Mẫu chữ ký 2
3. ☐ Địa chỉ liên hệ	
4. ☐ Điện thoại liên hệ	
5. ☐ Đề nghị khác:	

…..,ngày……tháng……..năm……..
Bên mua bảo hiểm

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO BẢO VIỆT NHÂN THỌ

Phần dành cho CB tiếp nhận/giải quyết:	**Cán bộ tiếp nhận** *(ký, ghi rõ họ tên)*
Ngày tiếp nhận hồ sơ: ……	
Kênh tiếp nhận: ……..…….....	
Xác nhận yêu cầu của KH:……	
……..……	

DANH SÁCH THÔNG TIN THÀNH VIÊN

Bên mua bảo hiểm:
Chúng tôi ☐ đồng ý / ☐ không đồng ý tiếp tục tham gia bảo hiểm cho những tài khoản hưu trí được chấp nhận bảo hiểm có điều kiện do thay đổi việc làm (bao gồm nghề nghiệp chính và bất cứ việc làm thêm nào) theo quy định của Bảo Việt Nhân thọ.

TT	Tài khoản hưu trí	Thành viên	Thông tin đề nghị thay đổi						
			Họ và tên	Ngày sinh	Giới tính	Số CMND/ HC/CCCD, ngày cấp, nơi cấp	Địa chỉ	Điện thoại	Nghề nghiệp

DANH SÁCH THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC HƯỞNG QUYỀN LỢI

Bên mua bảo hiểm:

TT	Tài khoản hưu trí	Thành viên	Thông tin đề nghị thay đổi						Chữ ký xác nhận
			Họ và tên	Ngày sinh	Giới tính	Số CMND/ HC/CCCD, ngày cấp, nơi cấp	Quan hệ với Thành viên được bảo hiểm	Tỷ lệ thụ hưởng	