



**ĐƠN YÊU CẦU ĐIỀU CHỈNH/BỔ SUNG NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**  
*(Dành cho Bên mua bảo hiểm là tổ chức đối với sản phẩm Bảo hiểm liên kết chung)*

Ngày:

Bên mua bảo hiểm:

Số Giấy ĐKKD:

Tôi/Chúng tôi, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh/ bổ sung người thụ hưởng quyền lợi của (các) hợp đồng bảo hiểm nhân thọ với nội dung như sau:

Số hợp đồng

Danh sách hợp đồng đính kèm

**Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý rằng:**

- Người được bảo hiểm là Người thụ hưởng toàn bộ quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm này
- Các quyền lợi bảo hiểm phát sinh vào trước hoặc vào ngày Người được bảo hiểm chết hoặc không còn tồn tại, nếu chưa được chi trả, sẽ được chi trả cho những người có tên dưới đây/theo danh sách đính kèm:

STT	Họ và tên	Số CMND/ Khai sinh	Ngày/ tháng năm sinh	Giới tính	Địa chỉ liên lạc	Quan hệ với Người được bảo hiểm	Tỷ lệ (%) thụ hưởng

- (a) Tổng tỷ lệ quyền lợi bảo hiểm được thụ hưởng của tất cả những người được thụ hưởng là 100%
- (b) Trường hợp điều chỉnh chi tiết (như họ, tên, ngày sinh...) của người thụ hưởng đã chỉ định trước đây hoặc bổ sung người thụ hưởng mới, quý khách vui lòng gửi kèm đơn yêu cầu này bản sao CMND/Giấy khai sinh của người thụ hưởng được yêu cầu điều chỉnh/bổ sung

Tôi, chúng tôi:

- Cam kết cung cấp mọi bằng chứng, thông tin cần thiết và đồng ý để Aviva thu thập thông tin phục vụ cho việc thẩm định yêu cầu điều chỉnh nói trên.

- Ý thức rõ ràng yêu cầu điều chỉnh như trên chỉ bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày được Aviva xác nhận bằng văn bản và đã thu phí bảo hiểm bổ sung (nếu có).

Chữ ký Bên mua bảo hiểm

Chữ ký Người được bảo hiểm

Họ và tên \_\_\_\_\_

Họ và tên \_\_\_\_\_

Nơi nhận yêu cầu: \_\_\_\_\_

Ngày nhận \_\_\_\_\_

Hồ sơ kèm theo \_\_\_\_\_

Nhân viên nhận \_\_\_\_\_

Ký tên \_\_\_\_\_

