

# Phiếu Yêu Cầu Điều Chỉnh Sản Phẩm – Mẫu PS1

Ngày điều chỉnh :	Hồ sơ / Hợp đồng bảo hiểm số :
Bên Mua Bảo Hiểm (BMBH) :	Người Được Bảo Hiểm Chính :

Tôi/Chúng tôi, BMBH, yêu cầu Shinhan Life Việt Nam điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm theo chi tiết dưới đây (Vui lòng điền đầy đủ thông tin & đánh dấu (✓) vào ô thích hợp):

## I - ĐIỀU CHỈNH ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ

<input type="checkbox"/> Năm	<input type="checkbox"/> Nửa năm	<input type="checkbox"/> Quý	<input type="checkbox"/> Tháng
------------------------------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

## II - ĐIỀU CHỈNH SẢN PHẨM CHÍNH

Sản phẩm chính	Số tiền bảo hiểm		Thời hạn bảo hiểm	Thời hạn đóng phí
	Hiện tại	Điều chỉnh		

## III - ĐIỀU CHỈNH SẢN PHẨM BỔ TRỢ

Tên sản phẩm bổ trợ	Họ tên Người được bảo hiểm	Thêm	Hủy	Điều chỉnh	Số tiền bảo hiểm hiện tại	Số tiền bảo hiểm điều chỉnh / thêm mới
		<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"/>		

Đối với các khoản phí dư sau khi điều chỉnh hoặc phần chênh lệch của Giá trị hoàn lại, Quý khách vui lòng chọn một trong các hình thức sau:

<input type="checkbox"/> Dùng để đóng Phí bảo hiểm của Hợp đồng số :	
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản tại Ngân hàng (Chủ tài khoản/Người nhận phải là Bên mua bảo hiểm) :	
Số tài khoản :	Chi nhánh :

## IV - DỪNG ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM VỚI SỐ TIỀN BẢO HIỂM GIẢM: (vui lòng đánh dấu vào ô bên cạnh)

### Lưu ý:

- Đối với các yêu cầu tăng số tiền bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ, tham gia thêm sản phẩm bổ trợ, Quý khách vui lòng điền vào Tờ khai sức khỏe (theo mẫu), đóng phí bảo hiểm bổ sung (nếu có) và nộp kèm với Phiếu yêu cầu này.
- Việc giảm số tiền bảo hiểm của sản phẩm chính có thể dẫn đến việc tự động giảm hoặc hủy bỏ sản phẩm bổ trợ theo qui định hiện hành của Shinhan Life Việt Nam về mối tương quan giữa sản phẩm chính và sản phẩm bổ trợ.

### Tôi/Chúng tôi, Bên Mua Bảo Hiểm:

- Hiểu và đồng ý rằng (các) yêu cầu điều chỉnh trên sẽ có hiệu lực vào ngày được ghi trên văn bản chấp thuận của Shinhan Life Việt Nam.
- Cam kết sẵn sàng cung cấp mọi bằng chứng, thông tin cần thiết và đồng ý để Shinhan Life Việt Nam thu thập thông tin phục vụ cho việc thẩm định yêu cầu điều chỉnh nói trên.

Xác nhận (những) chữ ký dưới đây là do chính tôi/chúng tôi, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm ký.

BÊN MUA BẢO HIỂM (Ký và ghi rõ Họ tên)	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (Ký và ghi rõ Họ tên)	NHÂN VIÊN DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG (Ký và ghi rõ Họ tên)
Họ tên :	Họ tên :	Họ tên :