



PHIẾU YÊU CẦU CUNG CẤP KẾT QUẢ KIỂM TRA Y TẾ

Số Hợp đồng: Ngày yêu cầu:

Họ và tên Bên mua bảo hiểm:

I. DANH SÁCH KHÁCH HÀNG CẦN ĐƯỢC CUNG CẤP KẾT QUẢ

STT	Họ và tên khách hàng	Cơ sở y tế	Ngày khám
1			
2			
3			
4			
5			

II. PHƯƠNG THỨC NHẬN KẾT QUẢ

(Vui lòng đánh dấu chọn và điền thông tin vào các ô bên dưới)

Phương thức nhận

- ☐ Nhận qua mail cá nhân
- ☐ Nhận qua chuyên viên tư vấn
- ☐ Nhận tại văn phòng chi nhánh
- ☐ Nhận qua đường bưu điện

Thông tin chi tiết

Địa chỉ mail:

Mã số chuyên viên tư vấn:

Họ và tên:

Chi nhánh:

Địa chỉ:

☐ Địa chỉ liên lạc của Bên mua bảo hiểm trên Giấy yêu cầu bảo hiểm

☐ Địa chỉ khác:

(*) Thời gian nhận sẽ phụ thuộc vào việc chuyển phát của bưu điện

III. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi/Chúng tôi xác nhận và đồng ý Công ty cổ phần Bảo hiểm Nhân thọ Kỹ thương sẽ cung cấp kết quả kiểm tra y tế theo phương thức nhận trên và Công ty sẽ không chịu trách nhiệm trong trường hợp kết quả kiểm tra y tế bị thất lạc trong quá trình gửi theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm.

BÊN MUA BẢO HIỂM

(Ký & Ghi rõ họ tên)

Ngày ký: