

## GIẤY ĐỀ NGHỊ HỦY HỒ SƠ/ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Ngày: \_\_\_\_\_

Số hồ sơ/hợp đồng bảo hiểm: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Họ tên Bên mua bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: \_\_\_\_\_ Ngày cấp: \_\_\_\_\_ Nơi cấp: \_\_\_\_\_

Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

**Nội dung yêu cầu:** (Quý khách đánh dấu vào ô tương ứng)

- Hủy Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm nhân thọ  
 Hủy Hợp đồng trong thời gian cân nhắc  
 Hủy hợp đồng trước hạn

Lý do hủy Hồ sơ/Hợp đồng: \_\_\_\_\_

Số tiền: \_\_\_\_\_ Bằng chữ \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN THANH TOÁN:

(Vui lòng sử dụng CMND/CCCD còn trong hạn sử dụng 15 năm kể từ ngày cấp khi nhận tiền)

Chuyển đóng phí cho hợp đồng:

- HDBH/Giấy YCBH số: ..... Bên mua bảo hiểm: ..... Số tiền: .....
- HDBH/Giấy YCBH số: ..... Bên mua bảo hiểm: ..... Số tiền: .....
- HDBH/Giấy YCBH số: ..... Bên mua bảo hiểm: ..... Số tiền: .....

Nhận tiền mặt tại Trung tâm dịch vụ khách hàng của MVI Life (≤ 50 triệu đồng):

- Địa chỉ: .....

Chuyển tiền vào tài khoản tại ngân hàng:

- Tên chủ tài khoản: ..... Số tài khoản: .....
- Tại ngân hàng: ..... Chi nhánh: .....
- Địa chỉ: .....

Nhận tiền mặt tại quầy ngân hàng:

- Tên người nhận: ..... Số CMND: .....
- Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....
- Tại ngân hàng: ..... Chi nhánh: .....
- Địa chỉ: .....

### CAM KẾT VÀ UỶ QUYỀN

Tôi/ chúng tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin được kê khai trên đây là chính xác. Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng MVI Life được thu thập, xử lý, chuyển giao các thông tin, dữ liệu cá nhân do tôi/chúng tôi cung cấp trong Giấy đề nghị này và các tài liệu liên quan kèm theo cho các hoạt động nhằm mục đích thực hiện yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, phục vụ Hợp đồng bảo hiểm hoặc các mục đích hợp pháp khác theo thoả thuận đã ký kết hoặc thông báo khác có liên quan.



<b>Bên mua bảo hiểm</b> <i>(Ký và ghi rõ họ tên)</i>	Nơi nhận yêu cầu: ..... Ngày nhận: .....
<b>Người được Bên mua bảo hiểm uỷ quyền nhận tiền</b> <i>(Ký và ghi rõ họ tên)</i>	Hồ sơ kèm theo:..... Nhân viên nhận:..... Ký tên:

---

**Phần dành cho Công ty TNHH Bảo hiểm nhân thọ MVI**

Ngày nhận: \_\_\_\_\_

Người thực hiện: \_\_\_\_\_

Ngày thực hiện: \_\_\_\_\_

Người kiểm tra: \_\_\_\_\_