



....., ngày tháng năm 20.....

PHIẾU YÊU CẦU HOÀN TIỀN PHÍ BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN PVI CARE

Tên tôi là : Mã Số Thành Viên/ Số CMND: - Số ĐT:.....

Tôi làm đơn này yêu cầu TC Advisors hoàn tiền phí bảo hiểm (hoặc một phần phí bảo hiểm) đã đóng để tham gia sản phẩm Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe Toàn diện PVI Care (Tên thương mại: TCA Care):

Chi tiết nộp tiền:

Tổng số tiền đã nộp:

Ngày nộp tiền:

Số tiền yêu cầu hoàn trả:

Lý do yêu cầu hoàn tiền:

.....

Yêu cầu hoàn tiền về:

Họ và tên chủ tài khoản:

Số Tài khoản ngân hàng:

Tại ngân hàng:

Chi nhánh và Tỉnh/Thành phố của chi nhánh:

*(Lưu ý: 1/ Đính kèm giấy nộp tiền;**2/ Công ty chỉ hoàn tiền cho chủ tài khoản đã nộp)***ĐẠI DIỆN CÔNG TY***(Ký tên, ghi rõ họ tên)*

_____ Ngày ____ tháng ____ năm 20 ____