

ĐƠN YÊU CẦU ĐIỀU CHỈNH/BỔ SUNG NGƯỜI THỤ HƯỞNG (PS_309)

Ngày:

Bên mua bảo hiểm:

Số CCCD/CC:

Tôi/Chúng tôi, Bên mua bảo hiểm (**BMBH**)/Người được bảo hiểm (**NĐBH**), 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 và chi tiết Người thụ hưởng đính kèm

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

- Bên mua bảo hiểm là Người thụ hưởng (**NTH**) 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 tử vong 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:

S T T	Họ và tên	Số CCCD/CC/ Giấy khai sinh	Ngày 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 CCCD/ CC/ Giấy khai sinh của Người thụ hưởng được yêu cầu điều chỉnh/bổ sung.

.....ngàytháng.....năm..... (Ký và ghi rõ họ tên)

Bên mua bảo hiểm	
Người được bảo hiểm (NĐBH) ≥ 7 tuổi	Cha/ mẹ hoặc người giám hộ của NĐBH < 18 tuổi
(Những) Người thụ hưởng (NTH) ≥ 7 tuổi	Cha/ mẹ hoặc người giám hộ của (những) NTH ≥ 7 tuổi



KHAI BÁO FATCA

(Những) Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm có phải là Công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ hoặc có bất kỳ chỉ dấu nào sau đây không:

Có hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ, địa chỉ thường trú/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ giữ thư hộ tại Hoa Kỳ, số điện thoại liên hệ tại Hoa Kỳ.

- ☐ Không
- ☐ Có -> mỗi người có chỉ dấu vui lòng cung cấp thông tin theo biểu mẫu phù hợp sau:
 - Công dân Hoa Kỳ; có nghĩa vụ thuế với Hoa Kỳ; Hộ chiếu Hoa Kỳ; nơi sinh tại Hoa Kỳ: Biểu mẫu “W9”
 - Địa chỉ thường trú/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ giữ thư hộ tại Hoa Kỳ, số điện thoại liên hệ tại Hoa Kỳ: Cá nhân - Biểu mẫu “W-8BEN”, Tổ chức – Biểu mẫu “W-8BEN-E”

Lưu ý:

- Các biểu mẫu phải được điền bằng tiếng Anh, không sử dụng bút xóa hoặc chỉnh sửa.
- Nếu có thay đổi thông tin liên quan đến FATCA, khách hàng cần cập nhật trong vòng 30 ngày.
- Biểu mẫu có thể tải từ trang web của IRS: www.irs.gov

CAM KẾT CHUNG

Tôi/Chúng tôi:

- Cam kết cung cấp mọi bằng chứng, thông tin cần thiết và đồng ý để MVI Life thu thập thông tin phục vụ cho việc thực hiện yêu cầu điều chỉnh tại trang số 1 của Đơn yêu cầu này cũng như ý thức rõ ràng đề nghị điều chỉnh như trên chỉ bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày được MVI Life xác nhận bằng văn bản.

- Xác nhận rằng tôi/ chúng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý cho phép MVI Life thực hiện thu thập, sử dụng, xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/ chúng tôi theo các quy định của Chính sách Bảo mật Dữ liệu cá nhân tại <https://www.mvilife.com.vn/vi/Ve-chung-toi/Chinh-sach.html> và đồng ý chịu sự ràng buộc bởi các quy định của Chính sách này. Tất cả các quyền và nghĩa vụ của MVI Life và Khách hàng tại Chính sách này sẽ không thay thế, chấm dứt hoặc thay đổi, nhưng sẽ là cộng dồn vào các quyền mà MVI Life và Khách hàng đang có ở bất cứ văn bản nào và không một điều khoản nào trong Chính sách này hàm ý hạn chế hoặc xóa bỏ bất kỳ quyền nào trong số các quyền của MVI Life.



Quét mã QR để truy cập trang Chính sách Bảo mật Dữ liệu Cá nhân của MVI Life

Tôi/Chúng tôi, bằng việc ký tên dưới đây xác nhận đã đọc, hiểu và đồng ý với các nội dung và cam kết đã nêu ở trên.

(Ký và ghi rõ họ tên)

Bên mua bảo hiểm	
Người được bảo hiểm (NĐBH) ≥ 7 tuổi	Cha/ mẹ hoặc người giám hộ của NĐBH < 18 tuổi
(Những) Người thụ hưởng (NTH) ≥ 7 tuổi	Cha/ mẹ hoặc người giám hộ của (những) NTH ≥ 7 tuổi