

PHIẾU ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH/BỔ SUNG
NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Dành cho Bên mua bảo hiểm là Tổ chức đối với sản phẩm Bảo hiểm liên kết chung)

Ngày: [input field]

Bên mua bảo hiểm: [input field] Số Giấy ĐKKD: [input field]

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:

[input field] Số hợp đồng

[input field] Danh sách hợp đồng đính kèm

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

- Người được 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:

Table with 8 columns: STT, Họ và tên, Số CCCD/Khai sinh, Ngày/tháng năm 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/Giấy khai sinh của người thụ hưởng được yêu cầu điều chỉnh/bổ sung.

CAM KẾT

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 thẩm định yêu cầu điều chỉnh nêu trên.
- 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 và nhận được phí bảo hiểm bổ sung (nếu có).
- 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 thỏa thuận đã ký kết hoặc thông báo có liên quan.



## KHAI BÁO FATCA

- (Những) người thụ hưởng có thuộc trường hợp: Là công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú nhân Hoa Kỳ; hoặc sinh tại Hoa Kỳ; hoặc có địa chỉ thường trú/ địa chỉ hòm thư/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ gửi thư tại Hoa Kỳ; hoặc có số điện thoại liên hệ tại Hoa Kỳ; hoặc có yêu cầu thanh toán tới một tài khoản được duy trì tại Hoa Kỳ; hoặc có giấy tờ ủy quyền hiện hành cho người có địa chỉ tại Hoa Kỳ hay không?

Không

Có, mỗi người thụ hưởng có dấu hiệu Hoa Kỳ vui lòng cung cấp thông tin theo biểu mẫu khai báo phù hợp:

- Công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú nhân Hoa Kỳ; hoặc sinh tại Hoa Kỳ: Biểu mẫu “W9”
- Các dấu hiệu Hoa Kỳ khác: **Cá nhân** - Biểu mẫu “W-8BEN”, **Tổ chức** – Biểu mẫu “W-8BEN-E”

### Lưu ý về chữ ký

Tuổi NĐBH/ NTH	Người ký tên		
< 7 tuổi	(i) BMBH		(ii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH/NTH
Từ 7 tuổi đến < 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NTH	(iii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH/NTH
≥ 18 tuổi	(i) BMBH	(ii) NTH	(iii) NĐBH

.....ngày .....tháng.....năm..... <b>Bên mua bảo hiểm</b> (Ký và ghi rõ họ tên)	.....ngày .....tháng.....năm..... <b>Người thụ hưởng</b> (Ký và ghi rõ họ tên)
.....ngày .....tháng.....năm..... <b>Người được bảo hiểm</b> (Ký và ghi rõ họ tên)	.....ngày .....tháng.....năm..... <b>Cha/ mẹ hoặc người giám hộ của (những) người được điều chỉnh/ bổ sung thông tin dưới 18 tuổi</b> (Ký và ghi rõ họ tên)