PHIẾU YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm số: | | | | | | | | |

Họ tên Bên mua bảo hiểm (BMBH): ……..

Họ tên Người được bảo hiểm (NĐBH) chính: ……

Tôi, Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm có thông tin nêu trên, yêu cầu Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam (FWD Việt Nam) khôi phục hiệu lực hợp đồng theo nội dung dưới đây:

I. Thông tin yêu cầu khôi phục hiệu lực

☐ Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

☐ Khôi phục hiệu lực Sản phẩm chính

☐ Khôi phục hiệu lực tất cả Sản phẩm bổ trợ

☐ Khôi phục một số Sản phẩm bổ trợ *(vui lòng điền tên các Sản phẩm bổ trợ muốn khôi phục)*:

Tôi, Bên mua bảo hiểm xác nhận tình trạng sức khỏe của (tất cả) NĐBH của Hợp đồng bảo hiểm này:

- Đang trong tình trạng sức khỏe bình thường và hiện tại không phải thực hiện bất kì điều trị y tế nào; và
- Không bị bất cứ bệnh tật cũng như thương tật gì khác so với thời điểm tham gia bảo hiểm (không bao gồm cảm cúm, đau mắt, hay các chấn thương đã bình phục và không cần điều trị thêm); và
- Chưa bao giờ được chẩn đoán là mắc bệnh ung thư, đột quỵ, bệnh liên quan đến tim, bệnh lý não, bệnh về máu, bệnh tiểu đường, xơ gan, AIDS, suy gan, suy thận hoặc suy hô hấp; và
- Không thay đổi nghề nghiệp/ công việc.

Tôi/ Chúng tôi hiểu rằng các thông tin này sẽ là cơ sở hợp pháp để công ty thẩm định yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng và đồng ý rằng việc vi phạm cam kết tại Phiếu yêu cầu này sẽ làm vô hiệu việc khôi phục hiệu lực hợp đồng theo quy định của hợp đồng bảo hiểm và pháp luật hiện hành. Đồng thời, tôi/ chúng tôi cũng hiểu rằng việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm này chỉ phát sinh hiệu lực kể từ ngày FWD Việt Nam phát hành thông báo chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.

Lưu ý:

- *Nếu Tổng số tiền bảo hiểm của Người được bảo hiểm trên 3 tỷ đồng hoặc Tình trạng sức khỏe hoặc nghề nghiệp của Người được bảo hiểm có thay đổi, Quý khách vui lòng nộp kèm Tờ khai sức khoẻ (Mẫu PS07).*
- *Phí bảo hiểm cần đóng để khôi phục bao gồm khoản phí bảo hiểm để khôi phục hiệu lực hợp đồng và các khoản phí cần thiết tạm tính để duy trì hiệu lực hợp đồng từ khi khôi phục cho tới Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo (bao gồm các khoản nợ, phí bảo hiểm rủi ro và phí quản lý hợp đồng, nếu có) theo hợp đồng bảo hiểm.*
- *Tại thời điểm khôi phục hợp đồng bảo hiểm, Phí bảo hiểm của kỳ phí tiếp theo trong vòng 30 ngày trước ngày đến hạn đóng phí (nếu có) sẽ chưa được phân bổ. Khoản phí này sẽ được tự động phân bổ vào Ngày đến hạn đóng phí. FWD sẽ phát hành hóa đơn sau khi phí được phân bổ.*

II. Xác nhận liên quan đến Đạo luật về tuân thủ thuế đối với tài khoản ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA)

1. Dành cho Khách hàng là cá nhân

Bên mua bảo hiểm xác nhận:

☐ Không ☐ Có

- là công dân Hoa Kỳ hoặc đối tượng cư trú Hoa Kỳ; hoặc
- có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ; hoặc
- có một trong các chỉ dấu (dấu hiệu) sau: (i) nơi sinh tại Hoa Kỳ; hoặc (ii) địa chỉ Hoa Kỳ hoặc các giấy tờ liên quan đến việc cư trú tại Hoa Kỳ; (iii) số điện thoại tại Hoa Kỳ; hoặc (iv) người được ủy quyền có địa chỉ Hoa Kỳ.

Lưu ý:

- *Vui lòng đánh dấu tích (√) vào lựa chọn tương ứng.*
- *Nếu Quý khách đánh dấu tích (√) vào ô Có, Quý khách vui lòng bổ sung tờ khai W-9 hoặc W-8BEN và nộp kèm theo hồ sơ bổ sung phù hợp với nội dung kê khai trên tờ khai.*

2. Dành cho Khách hàng là tổ chức

Xác nhận tình trạng FATCA: Vui lòng chọn 1 trong 4 loại hình doanh nghiệp tương ứng bên dưới

Loại hình doanh nghiệp	Bên mua bảo hiểm xác nhận
(1) Tổ chức Phi Tài chính Nước ngoài Chủ động (Active NFFE) **(*)**	☐
(2) Tổ chức Phi Tài chính Nước ngoài Bị động (Passive NFFE)	☐
(3) Tổ chức Tài chính – Financial institution	☐
(4) Tổ chức khác	☐

(*) Bằng việc xác nhận là Tổ chức Phi Tài chính Nước ngoài Chủ động tại mục (1), Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng:

- Tôi/Chúng tôi là một tổ chức nước ngoài (đối với Hoa Kỳ) nhưng không phải là tổ chức tài chính; có dưới 50% tổng thu nhập của Tôi/Chúng tôi trong năm dương lịch liền kề là thu nhập bị động; có dưới 50% tài sản mà Tôi/Chúng tôi nắm giữ là tài sản được sử dụng để tạo ra thu nhập bị động (tính theo trọng số trung bình của tỉ lệ phần trăm tài sản thụ động hàng quý); và Tôi/Chúng tôi không phải là tổ chức phi tài chính nước ngoài bị động hoặc bất kỳ tổ chức nào có thể bị khấu trừ thuế theo đạo luật FATCA.
- Phù hợp với các quy định pháp luật có liên quan về hành vi khai man hoặc cung cấp thông tin sai sự thật, bằng việc ký tên và đóng dấu trên biểu mẫu này, Tôi/Chúng tôi xác nhận đã xem xét các thông tin và cam đoan rằng thông tin mà Tôi/Chúng tôi cung cấp là hoàn toàn đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng Tôi/Chúng tôi phải chịu trách nhiệm pháp lý đối với hành vi khai man hoặc cung cấp thông tin sai sự thật theo quy định của pháp luật.
- Trong trường hợp có bất kỳ thay đổi nào liên quan đến thông tin mà Tôi/Chúng tôi đã xác nhận trên đây, Tôi/Chúng tôi sẽ thông báo cho Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam ("Công ty") và nộp một biểu mẫu mới trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày có những thay đổi đó.

Lưu ý: Nếu Tổ chức/doanh nghiệp xác nhận thuộc loại hình doanh nghiệp được nêu tại mục (2), (3) hoặc (4), Tổ chức/doanh nghiệp vui lòng nộp kèm Biểu mẫu W-9 hoặc W-8BEN-E.

III. Cam Kết Và Đồng Ý

Bằng việc ký tên dưới đây, Tôi/Chúng tôi cam đoan và thừa nhận rằng:

a) Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Công ty xử lý dữ liệu cá nhân của Tôi/Chúng tôi và/hoặc của Bên mua bảo hiểm do Tôi/Chúng tôi tự nguyện cung cấp cho Công ty và/hoặc theo Phiếu yêu cầu này cho mục đích thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc xử lý các yêu cầu của Tôi/Chúng tôi. Sự đồng ý này có hiệu lực kể từ thời điểm Tôi/Chúng tôi cung cấp dữ liệu cá nhân cho Công ty cho đến khi dữ liệu cá nhân không còn cần thiết cho mục đích thu thập và không còn đáp ứng yêu cầu của Công ty và Công ty không còn cần dữ liệu đó cho mục đích kinh doanh hoặc pháp lý nữa. Tôi/Chúng tôi nhận thức được rằng sự đồng ý của Tôi/Chúng tôi nêu tại Phiếu yêu cầu này là bổ sung và không thay thế cho bất kỳ sự đồng ý nào đã được cung cấp trước đây (nếu có).

b) Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi đã thực hiện các biện pháp cần thiết và đã nhận được sự đồng ý của các chủ thể dữ liệu này theo quy định pháp luật hiện hành để cung cấp, cấp quyền cho Công ty thực hiện việc xử lý dữ liệu theo nội dung đã đồng ý và cam kết nêu tại Phiếu yêu cầu này.

c) Ngoài ra, Tôi/Chúng tôi xác nhận đã đọc, hiểu, và chấp thuận toàn bộ với các điều khoản và điều kiện của Chính Sách Bảo Mật Và Bảo Vệ Dữ Liệu Cá Nhân ("Chính sách") của Công ty được đăng tải tại https://www.fwd.com.vn/vi/online-security trước khi lập và ký vào Phiếu yêu cầu này. Theo đó, Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Công ty thực hiện việc thu thập và xử lý dữ liệu cá nhân theo các điều khoản và điều kiện đã được nêu trong Chính sách này của Công ty.

d) Toàn bộ thông tin được kê khai trên Phiếu yêu cầu này và/hoặc đính kèm theo Phiếu yêu cầu này đều được cung cấp, thu thập một cách hợp pháp, đầy đủ, chính xác, đúng sự thật và Tôi/Chúng tôi cam kết chịu mọi trách nhiệm phát sinh trong trường hợp không thực hiện đúng, đầy đủ các cam đoan này.

e) Tôi/Chúng tôi đồng ý thêm rằng tất cả sự cho phép, cấp quyền hay cam kết của Tôi/Chúng tôi sẽ tiếp tục có hiệu lực kể cả trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm với Công ty bị chấm dứt vì bất kỳ lý do gì.

f) Tôi/Chúng tôi đồng ý và cho phép Công ty được quyền tiết lộ, chuyển giao thông tin cá nhân mà Tôi/Chúng tôi đã cung cấp cho Công ty và các thông tin khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi cho cơ quan có thẩm quyền, bao gồm cả cơ quan quản lý thuế Hoa Kỳ.

g) Yêu cầu điều chỉnh này chỉ có hiệu lực khi được FWD Việt Nam chấp thuận bằng văn bản.

Bên Mua Bảo Hiểm (Ký tên và ghi rõ họ tên, ngày ký)	**Tư Vấn Tài Chính (TVTC) phục vụ hợp đồng** (Ký tên và ghi rõ họ tên, ngày ký)
Họ và tên: …… Ngày: …….. /…… /……	Họ và tên: …… Ngày: …../…../…....Mã số TVTC……..……

Phần dành cho FWD Việt Nam

☐ Nhận từ BMBH ☐ Nhận từ TVTC ☐ Nhận từ bên chuyển phát

☐ Nhận từ đối tác ……. ☐ Khác ……