Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam
Mẫu số: PS10_2026.08

YÊU CẦU THAY ĐỔI NGƯỜI THỤ HƯỞNG

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, đề nghị Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam (FWD Việt Nam) thay đổi Người thụ hưởng với các thông tin chi tiết như sau:

I. Thông tin của Người thụ hưởng

1.Họ tên Người thụ hưởng: .....

Số giấy tờ tùy thân:..... Ngày cấp: ...../...../.....Nơi cấp:.....

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Ngày sinh: ...../...../.....Quốc tịch.....

Địa chỉ liên lạc: Số nhà và tên đường:.....

Phường/Xã: ..... Tỉnh/Thành Phố: .....

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm chính:.....

Tỷ lệ thụ hưởng: .....

2.Họ tên Người thụ hưởng: .....

Số giấy tờ tùy thân:..... Ngày cấp: ...../...../.....Nơi cấp:.....

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Ngày sinh: ...../...../.....Quốc tịch.....

Địa chỉ liên lạc: Số nhà và tên đường:.....

Phường/Xã: ..... Tỉnh/Thành Phố: .....

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm chính:.....

Tỷ lệ thụ hưởng: .....

3.Họ tên Người thụ hưởng: .....

Số giấy tờ tùy thân:..... Ngày cấp: ...../...../.....Nơi cấp:.....

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Ngày sinh: ...../...../.....Quốc tịch.....

Địa chỉ liên lạc: Số nhà và tên đường:.....

Phường/Xã: ..... Tỉnh/Thành Phố: .....

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm chính:.....

Tỷ lệ thụ hưởng: .....

4.Họ tên Người thụ hưởng: .....

Số giấy tờ tùy thân:..... Ngày cấp: ...../...../.....Nơi cấp:.....

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Ngày sinh: ...../...../.....Quốc tịch.....

Địa chỉ liên lạc: Số nhà và tên đường:.....

Phường/Xã: ..... Tỉnh/Thành Phố: .....

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm chính:.....

Tỷ lệ thụ hưởng: .....

Lưu ý:

- *Tổng tỷ lệ Quyền lợi bảo hiểm được thụ hưởng của tất cả những Người thụ hưởng là 100%.*
- *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 bản sao Giấy tờ nhân thân của Người thụ hưởng được yêu cầu điều chỉnh/bổ sung.*

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 và/hoặc Người được 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).
Với các dữ liệu cá nhân của chủ thể dữ liệu khác, 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.
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.

b) 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.

c) 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.
Trong trường hợp Tôi/Chúng tôi thuộc đối tượng chịu thuế được quy định bởi Đạo luật FATCA, Tôi/Chúng tôi đồng ý cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin sau đây cho Công ty: Họ và tên; Số hộ chiếu hoặc giấy tờ chứng minh Tôi/Chúng tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ; Mã số thuế tại Hoa Kỳ; Nơi sinh; Số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ; Địa chỉ liên lạc, địa chỉ hộp thư tại Hoa Kỳ. Công ty được phép cung cấp các thông tin nói trên và các thông tin khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho các cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam, cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

d) Tôi/chúng tôi đã đọc và hoàn toàn hiểu rõ các nội dung cam kết, xác nhận hay được Công ty lưu ý trong Phiếu yêu cầu và bằng việc ký tên trên Phiếu yêu cầu này, Tôi/Chúng tôi cam kết không còn bất kỳ thắc mắc hay yêu cầu nào khác cần được Công ty tư vấn, thông báo.Tôi/Chúng tôi:

- Cam kết cung cấp mọi bằng chứng, thông tin cần thiết và đồng ý để FWD Việt Nam thu thập thông tin phục vụ cho việc thẩm định yêu cầu điều chỉnh nói trên.
- Ý thức rõ rằng yêu cầu điều chỉnh như trên chỉ bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày được FWD Việt Nam xác nhận bằng văn bản, với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống tại thời điểm FWD Việt Nam xác nhận.
- Đồng ý rằng việc chỉ định Người thụ hưởng trong Đơn này sẽ thay thế những sự chỉ định trước đây (nếu có)

Bên mua bảo hiểm (Ký tên và ghi rõ họ tên, ngày ký) Họ và tên:…… Ngày: ……/……/……	**Người được bảo hiểm chính** (Ký tên và ghi rõ họ tên, ngày ký) Họ và tên:…… Ngày: ……/……/……
Tư vấn tài chính (TVTC) (Ký tên và ghi rõ họ tên, ngày ký) Họ và tên:…… Ngày: ……/……/……	**Phần dành cho FWD Việt Nam** ☐ Nhận từ BMBH ☐ Nhận từ TVTC ☐ Nhận từ bên chuyển phát ☐ Nhận từ đối tác …… ☐ Khác ……