Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam
Mẫu số: PS02_2026.08

YÊU CẦU THAY ĐỔI THÔNG TIN 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, đề nghị Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam (FWD Việt Nam) thay đổi các nội dung đánh dấu (√) dưới đây:

I. Thông tin yêu cầu thay đổi

1. Các thay đổi liên quan đến đóng phí

☐ Thay đổi định kỳ đóng phí Kỳ phí điều chỉnh: …./…./…… Định kỳ đóng phí mới: ☐ Hàng năm ☐ Nửa năm ☐ Hàng Quý *<u>Lưu ý:</u> Hợp đồng cần được đóng đủ phí đến ngày khớp với định kỳ đóng phí mới.*	☐ Thay đổi phương thức phân bổ phí, theo thứ tự sau: ☐ Ưu tiên phân bổ cho Sản phẩm bổ trợ ☐ Ưu tiên phân bổ cho Sản phẩm chính *<u>Lưu ý:</u> Chỉ áp dụng cho sản phẩm đầu tư được phép thay đổi trong giai đoạn đóng phí linh hoạt.*	☐ Sử dụng Giá trị tài khoản/Giá trị hợp đồng đóng phí bảo hiểm *<u>Lưu ý:</u> Chỉ áp dụng cho sản phẩm truyền thống và sản phẩm liên kết chung trong giai đoạn đóng phí linh hoạt.*

2. Thay đổi Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm chính

Yêu cầu thay đổi	Số tiền bảo hiểm mới
☐ Tăng ☐ Giảm	

3. Thay đổi Sản phẩm bổ trợ

Tăng	Giảm	Thêm/Bổ sung	Hủy	Tên sản phẩm	Họ tên NĐBH	Số tiền bảo hiểm mới
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐			

<u>Lưu ý</u>: Đối với yêu cầu Tăng số tiền bảo hiểm, Bổ sung sản phẩm bổ trợ, cần có chữ ký của NĐBH ở phần cuối Phiếu yêu cầu và nộp kèm Tờ khai sức khỏe (Mẫu PS07).

Cam kết và đồng ý:

☐ *(áp dụng khi yêu cầu tăng/giảm Số tiền bảo hiểm của các sản phẩm bổ trợ: FWD CARE Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, FWD CARE Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo 2.0, FWD CARE Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo - Kế hoạch Tiêu chuẩn, FWD CARE Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo - Kế hoạch Nâng cao, FWD CARE Bảo hiểm tai nạn, FWD CARE Bảo hiểm tai nạn mở rộng)*

Bằng việc chọn vào ô này, tôi cam kết rằng tại thời điểm tôi thực hiện yêu cầu thay đổi số tiền bảo hiểm, chưa xảy ra bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào thuộc phạm vi chi trả của sản phẩm bảo hiểm này đối với người được bảo hiểm. Tôi đồng ý rằng FWD có quyền hủy bỏ việc chấp thuận thay đổi số tiền bảo hiểm vào bất kỳ thời điểm nào khi phát hiện cam kết này của tôi là không chính xác.

☐ *(áp dụng khi yêu cầu thêm/bổ sung Sản phẩm bổ trợ)*

Bằng việc chọn vào ô này, Tôi xác nhận đã hiểu và đồng ý với các nội dung sau:

(i) Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ là 1 năm và tái tục hàng năm. Tuy nhiên, trường hợp Sản phẩm bổ trợ được yêu cầu đính kèm thêm và có Ngày hiệu lực không trùng với Ngày kỷ niệm năm của Hợp đồng bảo hiểm, thì Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bổ trợ được xác định như sau trừ trường hợp nêu tại mục (ii) dưới đây:
- Năm đầu tiên của Sản phẩm bổ trợ: Thời hạn bảo hiểm ngắn hơn 1 năm, và được tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ đến Ngày kỷ niệm năm kế tiếp của Hợp đồng bảo hiểm.
- Kể từ năm thứ 2 trở đi: Thời hạn bảo hiểm là 1 năm, và Ngày tái tục hàng năm của Sản phẩm bổ trợ sẽ trùng với Ngày kỷ niệm năm của Hợp đồng bảo hiểm.

(ii) Trường hợp yêu cầu thêm/bổ sung Sản phẩm bổ trợ được Bên mua bảo hiểm hoàn tất trong vòng 07 ngày trước Ngày kỷ niệm năm tiếp theo của Hợp đồng bảo hiểm, Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ sẽ là Ngày kỷ niệm năm tiếp theo đó.

(iii) Quy định này áp dụng cho các sản phẩm tái tục hàng năm.

(iv) Ngày hiệu lực của Sản phẩm bổ trợ sẽ được Công ty xác nhận tại Thư xác nhận điều chỉnh thông tin hợp đồng gửi đến Bên mua bảo hiểm.

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 BMBH là Khách hàng 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 BMBH là Khách hàng 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 ủy quyền 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 như Người được ủy quyền, 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.

d) 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.

e) Yêu cầu điều chỉnh/thay đổi/cập nhật trong Phiếu yêu cầu này chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản.

f) 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.

Bên mua bảo hiểm (Ký tên và ghi rõ họ tên, ngày ký) Họ và tên: …… Ngày: ……/……/……	**Người được bảo hiểm** (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 ☐ Khác ……