

PHIẾU YÊU CẦU ĐIỀU CHỈNH/ KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

Hợp đồng bảo hiểm số:

Bên mua bảo hiểm: Người được bảo hiểm chính:

I. THAY ĐỔI ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ (vui lòng đánh dấu (x) vào ô thích hợp và nộp phí tương ứng định kỳ mới)

Kỳ phí điều chỉnh:/...../.....

Định kỳ đóng phí mới: Hàng năm Nửa năm Hàng Quý

II. THAY ĐỔI SẢN PHẨM BẢO HIỂM (vui lòng điền thông tin đầy đủ và nộp phí tương ứng với yêu cầu điều chỉnh)

1. Điều chỉnh số tiền bảo hiểm sản phẩm chính

Số tiền bảo hiểm hiện tại: Số tiền bảo hiểm mới:

2. Điều chỉnh/Bổ sung sản phẩm bảo trợ

Tên sản phẩm	Người được bảo hiểm	Quan hệ với BMBH	STBH mới	Hủy	Bổ sung	Thay đổi

Lưu ý:

- Yêu cầu "Bổ sung" sản phẩm bảo hiểm bảo trợ chỉ được thực hiện vào Đáo niên của hợp đồng.
- Các trường hợp Thay đổi tăng số tiền bảo hiểm, Bổ sung Người được bảo hiểm, Bổ sung sản phẩm bảo trợ, vui lòng nộp kèm **Tờ khai sức khỏe (Mẫu POS06)**.
- Các trường hợp Điều chỉnh trong thời gian cân nhắc nếu không có thay đổi về tình trạng sức khỏe, bệnh tật cũng như nghề nghiệp và công việc so với thời điểm tham gia bảo hiểm thì không cần khai báo lại **Tờ khai sức khỏe (Mẫu POS06)**.

III. KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM (vui lòng nộp phí khôi phục hợp đồng bảo hiểm)

Mẫu Phiếu yêu cầu này chỉ áp dụng khi Hợp đồng mất hiệu lực trên 90 ngày đến 24 tháng hoặc có yêu cầu điều chỉnh thông tin Hợp đồng, Sản phẩm bảo hiểm kèm theo.

Hợp đồng mất hiệu lực đến 90 ngày chỉ cần đóng đủ phí bảo hiểm để khôi phục

Khôi phục toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm từ kỳ phí:/...../.....

Trường hợp khôi phục sản phẩm bảo trợ, Quý khách vui lòng đánh dấu và điền tên sản phẩm bảo trợ.

Khôi phục tất cả sản phẩm bảo trợ Chỉ khôi phục sản phẩm bảo trợ:

Tình trạng Hợp đồng và tình trạng sức khỏe của (tất cả) Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này:

- ✓ Đang trong tình trạng sức khỏe bình thường và hiện tại không phải thực hiện bất kỳ 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, đau khớp, 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 quy, 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

Nếu Tổng số tiền bảo hiểm trên 3 tỷ đồng; hoặc Tình trạng sức khỏe hoặc nghề nghiệp có thay đổi, Quý khách vui lòng điền và gửi kèm **Tờ khai sức khỏe (Mẫu POS06)**.

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.

IV. THÔNG BÁO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM ĐI NƯỚC NGOÀI*(Vui lòng thông báo nếu người được bảo hiểm lưu trú ở nước ngoài liên tục từ 6 tháng trở lên)*
 Bên mua bảo hiểm
 Người được bảo hiểm chính
 NĐBH bổ sung:

Ngày dự kiến rời Việt Nam: Quốc gia đến: Thời gian lưu trú:

Mục đích chuyến đi:

(Vui lòng ghi rõ công việc ở nước ngoài nếu đi làm việc/công tác/định cư, hoặc tình trạng/chẩn đoán bệnh nếu đi chữa bệnh)

Địa chỉ lưu trú ở nước ngoài:.....

Người liên hệ tại Việt Nam (cho mục đích liên lạc)

Họ và tên: Điện thoại: Email:

Số nhà, tên đường:

Phường/Xã: Quận/Huyện: Tỉnh/Thành phố:.....

- Lưu ý:**
- Vui lòng gửi kèm bản sao hộ chiếu và thị thực xuất nhập cảnh hoặc giấy tờ thay thế (nếu có).
 - Trong thời gian Bên mua bảo hiểm lưu trú ở nước ngoài, mọi liên hệ sẽ được thực hiện qua Người liên hệ và địa chỉ tại Việt Nam
 - Nếu Quý khách là đối tượng khai báo, đóng thuế theo luật của Hoa Kỳ, vui lòng nộp kèm mẫu Luật thuế Hoa Kỳ (W-9 hoặc W8) theo Phiếu yêu cầu điều chỉnh.

V. ĐIỀU CHỈNH KHÁC

.....

.....

.....

VI. CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Yêu cầu điều chỉnh này chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản.

Điều khoản cung cấp thông tin theo yêu cầu của Đạo luật thuế đối với chủ tài khoản nước ngoài (gọi tắt là: “Đạo luật FATCA”):

Trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm thuộc đối tượng chịu thuế theo yêu cầu của Đạo luật FATCA, Bên mua bảo hiểm đồng ý cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin sau đây cho doanh nghiệp bảo hiểm và cập nhật thay đổi (nếu có) trong suốt thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm:

Tên; Số hộ chiếu hoặc số CMND hoặc giấy tờ chứng minh Bên mua bảo hiểm 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; và

Doanh nghiệp bảo hiểm được phép cung cấp các thông tin nói trên và các thông tin khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm (bao gồm số Hợp đồng bảo hiểm, Giá trị tài khoản hoặc giá trị tiền mặt của Hợp đồng bảo hiểm tính đến thời điểm cung cấp thông tin) cho Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

BÊN MUA BẢO HIỂM

(Ký tên và ghi rõ họ tên)

Phần dành cho Tư Vấn Tài Chính (TVTC)

Họ và tên TVTC:

Họ và tên: Ngày:/...../.....

Mã số TVTC: Ngày :/...../.....

Phần dành cho FWD Việt Nam

Ngày nhận:/...../..... Người nhận:.....

Nơi nhận: Ghi chú:.....