

PHIẾU YÊU CẦU CHẤM DỨT HỒ SƠ YÊU CẦU BẢO HIỂM/HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Mẫu số: CSS.F004.V01.2025

Hồ sơ/Hợp đồng bảo hiểm: _____ Bên mua bảo hiểm: _____

Khi có bất kỳ thay đổi nào về thông tin liên lạc hoặc nhân thân, Quý khách vui lòng thông báo ngay với Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir ("MAP Life") để được kịp thời cập nhật thông tin.

I. NỘI DUNG YÊU CẦU

Tôi, Bên mua bảo hiểm (BMBH) yêu cầu chấm dứt Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm/ Hợp đồng bảo hiểm nêu trên vì lý do:

(Quý khách vui lòng đánh dấu ✓ vào ô để lựa chọn)

☐ Trước phát hành ☐ Trong vòng 21 ngày cân nhắc ☐ Sau 21 ngày cân nhắc

Lý do:

- | | |
|--|---|
| ☐ Sản phẩm không phù hợp với nhu cầu/khả năng | ☐ Thay đổi nhu cầu tham gia bảo hiểm |
| ☐ Không hài lòng về chất lượng dịch vụ | ☐ Không hài lòng về Đại lý tư vấn |
| ☐ Hồ sơ/Hợp đồng bảo hiểm không hợp lệ | ☐ Bị từ chối/tạm hoãn |
| ☐ Không đồng ý với Quy tắc, điều khoản | ☐ Lý do khác: |

II. PHƯƠNG THỨC NHẬN THANH TOÁN

Quý khách vui lòng đánh dấu ✓ vào ô để lựa chọn phương thức nhận thanh toán phù hợp:

☐ **Yêu cầu chuyển khoản**

Chủ tài khoản là: *(Quý khách vui lòng đánh dấu ✓ vào ô để lựa chọn)*

- ☐ Bên mua bảo hiểm ☐ Người được ủy quyền *(Vui lòng nộp kèm Giấy ủy quyền theo mẫu có công chứng/chứng thực bởi cơ quan có thẩm quyền)*

Tên chủ tài khoản: _____ Số tài khoản: _____

Ngân hàng: _____ Chi nhánh ngân hàng: _____

Số tiền (VNĐ) _____ Bằng chữ: _____

☐ **Yêu cầu chuyển tiền nộp phí bảo hiểm** *(Vui lòng điền thông tin vào bảng dưới đây)*

Số Hợp đồng/ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm	Bên mua bảo hiểm	Số tiền (VNĐ)	Kỳ phí

III. CUNG CẤP THÔNG TIN FATCA

Quý khách được yêu cầu cung cấp thông tin theo yêu cầu của Đạo luật thuế đối với chủ tài khoản nước ngoài ("Đạo luật FATCA") của Hoa Kỳ. Vui lòng điền đầy đủ thông tin và đánh dấu ✓ vào ô thích hợp.

Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi: ☐ Không ☐ Có

- Có nghĩa vụ thuế với Liên bang Hoa Kỳ; hoặc
- Có một trong các chỉ dấu (dấu hiệu) sau: (i) hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ hoặc (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ hoặc (iii) số điện thoại, địa chỉ Hoa Kỳ hoặc các giấy tờ liên quan đến việc cư trú tại Hoa Kỳ.
- Đại diện cho bất kỳ người Hoa Kỳ nào.

Trong trường hợp có đánh dấu vào ô "Có", Quý khách vui lòng nộp kèm tờ khai W9/W8 tương ứng và nộp kèm theo hồ sơ bổ sung phù hợp với nội dung kê khai trên tờ khai theo hướng dẫn của nhân viên MAP Life.

- ☐ Tôi/Chúng tôi hiểu rằng, trên cơ sở tin rằng khẳng định của Tôi/Chúng tôi là đúng sự thật, MAP Life sẽ dựa vào khẳng định này để có những hành động phù hợp.

Trong trường hợp có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ), Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho MAP Life bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu MAP Life có yêu cầu.

IV. CAM KẾT VÀ XÁC NHẬN

Tôi/Chúng tôi, những người ký tên dưới đây cam kết và đồng ý:

- ☐ Toàn bộ thông tin được nêu trong Phiếu yêu cầu này là có thật, đã được Tôi/Chúng tôi cung cấp đầy đủ, chính xác và toàn vẹn.
- ☐ Yêu cầu thay đổi này chỉ có giá trị hiệu lực khi được MAP Life chấp thuận bằng văn bản và với điều kiện Người được bảo hiểm (NDBH) còn sống tại thời điểm chấp thuận.
- ☐ Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng mọi dữ liệu cá nhân cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir ("Công ty") thuộc quyền sở hữu hợp pháp của Tôi/Chúng tôi và được cung cấp trên cơ sở tự nguyện. Tôi/Chúng tôi đồng ý:
- (i) Cho Công ty thu thập, xử lý, điều chỉnh dữ liệu cá nhân của Tôi/Chúng tôi, bao gồm dữ liệu cơ bản và dữ liệu nhạy cảm;
- (ii) Cho phép Công ty thu thập, sử dụng, chuyển giao dữ liệu này cho cơ quan nhà nước có thẩm quyền, tổ chức, cá nhân liên quan (bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ) để xử lý dữ liệu cá nhân hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập quỹ dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, lưu trữ, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu;
- (iii) Cho phép Công ty thực hiện việc chuyển dữ liệu xuyên biên giới nhằm phục vụ mục đích xử lý theo quy định pháp luật.
- ☐ Tôi/Chúng tôi đã đọc, hiểu và chấp thuận với toàn bộ nội dung Chính sách Bảo vệ Dữ liệu cá nhân của MAP Life được đăng trên trang thông tin điện tử tại: <https://www.map-life.com.vn/>

Quý khách vui lòng kiểm tra và bảo đảm thông tin đã được điền đầy đủ và chính xác trước khi ký.

BÊN MUA BẢO HIỂM

(Ký và ghi rõ họ tên)

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Cha mẹ/Người giám hộ của NDBH dưới 18 tuổi)

(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày: ____/____/____

Ngày: ____/____/____

Người nộp yêu cầu ngày: ____/____/____

- ☐ Đại lý: Mã số:
- ☐ Trực tiếp tại:
- ☐ Bưu điện:

PHẦN DÀNH CHO MAP LIFE

Ngày cứu hủy (Ngày/Tháng/Năm):

Khách hàng đồng ý tiếp tục tham gia Hợp đồng bảo hiểm: ☐ Có ☐ Không

Nội dung cứu hủy:

.....

Người thực hiện:

(Ký và ghi rõ họ tên)