

PHIẾU YÊU CẦU KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

Mẫu số: CSS.F007.V01.2025

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. KHÔI PHỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Tôi, Bên mua bảo hiểm (BMBH) yêu cầu Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir khôi phục hiệu lực cho Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) có thông tin nêu trên:

(Vui lòng điền đầy đủ thông tin và đánh dấu ✓ vào ô thích hợp)

- ☐ Khôi phục toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm khôi phục Sản phẩm chính và tất cả các Sản phẩm đính kèm
- ☐ Khôi phục Sản phẩm chính
- ☐ Khôi phục tất cả Sản phẩm đính kèm
- ☐ Khôi phục Sản phẩm đính kèm (Quý khách vui lòng điền tên Sản phẩm đính kèm muốn khôi phục):

.....

.....

LƯU Ý QUAN TRỌNG:

- Quý khách vui lòng điền và gửi Bảng khai báo tình trạng sức khỏe (theo mẫu) kèm với phiếu yêu cầu này.
- Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp thông tin một cách đầy đủ và chính xác. Các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp sẽ được sử dụng để khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm/(các) Sản phẩm đính kèm, vì vậy việc kê khai không đầy đủ hoặc không chính xác có thể dẫn đến tình trạng Hợp đồng bảo hiểm/(các) Sản phẩm đính kèm bị chấm dứt hoặc quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
- Vào mọi thời điểm, nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phát hiện có thông tin bị bỏ sót hoặc được cung cấp không chính xác, Quý khách vui lòng gửi thông tin cần điều chỉnh hoặc Bảng khai báo tình trạng sức khỏe (theo mẫu) về MAP Life.
- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng có liên quan, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ, Quý khách vui lòng trả lời thêm và làm theo hướng dẫn tại Điều khoản cung cấp thông tin FATCA ngay bên dưới.

II. 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.

III. 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 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 NĐBH 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