

**PHIẾU YÊU CẦU THAY ĐỔI BÊN MUA BẢO HIỂM**  
(Chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm – Bên mua bảo hiểm mới là tổ chức)  
Mẫu số: CSS.F009.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. THAY ĐỔI BÊN MUA BẢO HIỂM (Vui lòng điền đầy đủ thông tin và đánh dấu ✓ vào ô thích hợp)**

**Tôi, Bên mua bảo hiểm (BMBH) đồng ý và cho phép MAP Life thực hiện:**

- ☐ Chấm dứt hiệu lực (các) Sản phẩm đính kèm trong trường hợp Người được bảo hiểm (NDBH) của (các) Sản phẩm này không thỏa mãn mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm mới.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Thông tin của Bên mua bảo hiểm mới</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |
| <b>Tên của BMBH mới:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |
| Tên viết tắt:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Giấy phép kinh doanh:   |
| Ngày cấp: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nơi cấp:                |
| Mã số thuế/Mã số doanh nghiệp:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Loại hình doanh nghiệp: |
| Mối quan hệ với NDBH chính:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |
| Địa chỉ trụ sở:<br>Số nhà/Đường/Phố:<br>Phường/Xã:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Thành phố:              |
| Điện thoại:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Email:                  |
| <b>Người đại diện hợp pháp của Tổ chức giao kết Hợp đồng bảo hiểm</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |
| Họ tên:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Chức vụ:                |
| Quốc tịch:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Giới tính:              |
| Số CC/CCCD/HC:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ngày cấp:               |
| Điện thoại (di động):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Email:                  |
| Người đóng phí bảo hiểm cho các năm tiếp theo là (dự kiến):<br><input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm mới<br><input type="checkbox"/> Người được ủy quyền đóng phí bảo hiểm<br>(Nếu Người đóng phí không phải BMBH, vui lòng điền mẫu “Giấy ủy quyền đóng phí bảo hiểm” của MAP Life.)                                                                   |                         |
| <b>Quý khách vui lòng gửi kèm các tài liệu sau:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bản sao Giấy phép đăng ký kinh doanh do Cơ quan thẩm quyền cấp của Bên mua bảo hiểm mới;</li><li>- Các giấy tờ chứng minh mối quan hệ giữa Bên mua bảo hiểm mới và Người được bảo hiểm chính;</li><li>- Biểu mẫu cung cấp thông tin dành cho Tổ chức.</li></ul> |                         |

**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 CHÍNH**  
(Cha mẹ/Người giám hộ của NĐBH  
nếu NĐBH dưới 18 tuổi)  
(Ký và ghi rõ họ tên)

**BÊN MUA BẢO HIỂM MỚI**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Người nộp yêu cầu** ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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