

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

VĂN BẢN THỎA THUẬN CHỈ ĐỊNH ĐẠI DIỆN THỪA KẾ

Tôi/Chúng tôi, những người ký tên dưới đây, là những Người thừa kế hợp pháp và duy nhất theo quy định pháp luật của Bên mua bảo hiểm (BMBH) thông tin như sau:

Ông/Bà:CCCD/Hộ chiếu số:

Ngày sinh: Quốc tịch:

Địa chỉ thường trú:

Ngày mất: Giấy chứng tử /Trích lục khai tử số:

Ngày cấp: Nơi cấp:

Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) số:

Chúng tôi cùng đồng ý và xác nhận như sau:

1. Trước khi chết, Bên mua bảo hiểm không để lại di chúc liên quan đến thừa kế của Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ nêu trên tại Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir (“MAP Life”) hoặc bất kỳ nghĩa vụ tài sản nào mà những Người thừa kế của Bên mua bảo hiểm phải thực hiện. Ngoài những Người thừa kế có tên dưới đây, Bên mua bảo hiểm không còn ai là người được hưởng thừa kế hàng thừa kế thứ nhất theo quy định pháp luật.

2. Đồng ý và ký vào Thỏa thuận này để chỉ định Người đại diện thừa kế của BMBH là:

Ông/Bà: CCCD/Hộ chiếu số:

Ngày sinh: Quốc tịch:

Địa chỉ thường trú:

Địa chỉ liên lạc:

Mối quan hệ với BMBH:

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm (NĐBH):

Số điện thoại:Email:

3. Đồng ý để Người đại diện thừa kế được toàn quyền liên hệ, làm việc với cơ quan, tổ chức có thẩm quyền; nộp, ký nộp, thực hiện các thủ tục cần thiết theo quy định nội bộ của MAP Life để:

☐ **THAY ĐỔI BÊN MUA BẢO HIỂM.** Yêu cầu MAP Life chấp thuận trở thành Bên mua bảo hiểm mới, kế thừa, tiếp tục thực hiện quyền và nghĩa vụ của Bên mua Bảo hiểm theo (các) HĐBH có liên quan nêu trên.

(Đối với yêu cầu thay đổi BMBH, Người đại diện thừa kế phải nộp phiếu yêu cầu cùng tài liệu, chứng từ hợp lệ theo quy định của MAP Life.)

☐ **GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.** Người đại diện thừa kế có thể yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nhận tiền bảo hiểm phát sinh từ (các) HĐBH nêu trên.

(Đối với yêu cầu Giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Người đại diện thừa kế thực hiện theo quy định nội bộ của MAP Life, nộp đầy đủ hồ sơ cần thiết liên quan đến HĐBH.)

4. Tôi/Chúng tôi đảm bảo giữ cho MAP Life không phải chịu bất kỳ thiệt hại và/hoặc trách nhiệm pháp lý/tài chính nào đối với Hợp đồng bảo hiểm nêu trên liên quan đến Văn bản thỏa thuận này. Tôi/Chúng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm pháp lý/tài chính trong trường hợp có tranh chấp phát sinh từ/giữa những Người thừa kế hoặc những Người chứng minh được họ là người thuộc hàng thừa kế hoặc với bất kỳ Bên thứ ba nào khác có liên quan đến khoản chi trả quyền lợi bảo hiểm bảo hiểm của (các) HĐBH nói trên.
5. 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.

6. Đồng ý xử lý Dữ liệu cá nhân: 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/>

NHỮNG NGƯỜI THỪA KẾ HỢP PHÁP TRONG HÀNG THỪA KẾ THỨ NHẤT

Vui lòng liệt kê tất cả những người thuộc hàng thừa kế thứ nhất bao gồm: vợ/chồng, cha đẻ, mẹ đẻ, con đẻ, con nuôi của BMBH đã chết. Nếu một trong những người thuộc hàng thừa kế thứ nhất đã mất, đề nghị cung cấp thông tin và ghi vào phần ghi chú là “Đã mất” và nộp kèm bản sao Giấy tờ tùy thân hợp lệ, còn giá trị sử dụng của những Người thừa kế cùng với Thỏa thuận này.

Người thừa kế		Chữ ký/Ghi chú
Cha đẻ	Họ và tên:	
	CC/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:	
	Ngày sinh: Quốc tịch:	
	Địa chỉ thường trú:	
	Điện thoại:	
Mẹ đẻ	Họ và tên:	
	CC/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:	
	Ngày sinh: Quốc tịch:	
	Địa chỉ thường trú:	
	Điện thoại:	
Vợ/Chồng	Họ và tên:	
	CC/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:	
	Ngày sinh: Quốc tịch:	
	Địa chỉ thường trú:	
	Điện thoại:	
Con đẻ	Họ và tên:	
	CC/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:	
	Ngày sinh: Quốc tịch:	
	Địa chỉ thường trú:	
	Điện thoại:	
	Họ và tên:	
	CC/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp:	
	Ngày sinh: Quốc tịch:	
	Địa chỉ thường trú:	
	Điện thoại:	

