

Ngày: .....

Số Hợp đồng/ Số HSYCBH: .....

Bên mua bảo hiểm: .....

Số CMND/ Hộ chiếu/ Căn cước: .....

**I. Quý khách chọn nội dung yêu cầu vào ô tương ứng:**

Tôi/Chúng tôi, Bên mua bảo hiểm, đề nghị Công ty TNHH Bảo hiểm FWD Việt Nam:

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoàn trả phí bảo hiểm nộp thừa | Số tiền bằng số: ..... đồng |
| <input type="checkbox"/> Thanh toán Quyền lợi tiền mặt  | (Bằng chữ: .....            |
| <input type="checkbox"/> Khác: .....                    | .....)                      |

 Hoàn phí bảo hiểm do FWD từ chối/tạm hoãn bảo hiểm Thanh toán Giá trị đáo hạn hợp đồng Hủy hồ sơ yêu cầu bảo hiểm/ hợp đồng bảo hiểm trong thời gian cân nhắc 21 ngày Hủy hợp đồng bảo hiểm sau thời gian cân nhắc 21 ngày (\*)

Lý do: .....

**Lưu ý: nếu Quý khách đóng phí theo hình thức Trích nợ tự động, vui lòng liên hệ Ngân hàng để hủy yêu cầu.**

(\*) Tôi/ Chúng tôi, Bên mua bảo hiểm xác nhận đã hiểu và đồng ý nhận Giá trị hoàn lại (nếu có) sau khi trừ (các) khoản tạm ứng, đóng phí tự động từ Giá trị hoàn lại (nếu có) quy định theo Quy tắc điều khoản hợp đồng.

**II. Hình thức thanh toán:** Chuyển khoản:

Tên chủ tài khoản: ..... Số tài khoản: .....

Ngân hàng: ..... Chi nhánh: .....

 Nhận tiền qua Thẻ tín dụng (áp dụng cho khoản phí bảo hiểm nộp vào Công ty bằng Thẻ tín dụng):

Tên chủ thẻ: ..... Số thẻ: ..... Loại thẻ:.....

 Chuyển vào hợp đồng:

Số hợp đồng	Số tiền (VNĐ)	Nộp phí định kỳ	Hoàn trả phí bảo hiểm tự động
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Xin lưu ý:**

- Khoản thanh toán (nếu được chấp nhận) sẽ được hoàn trả cho Quý khách theo hình thức thanh toán lựa chọn trên đây.
- Chủ tài khoản là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nêu trên.

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

(Vui lòng đánh dấu “x” vào lựa chọn tương ứng)

Tôi xác nhận rằng Tôi là Bên mua bảo hiểm:  Không có  Có

- nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ; hoặc
- một trong các chỉ dấu 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 tới việc cư trú tại Hoa Kỳ.

Lưu ý: Nếu Quý khách đánh dấu “x” vào ô Có, Quý khách vui lòng bổ sung tờ khai W9 hoặc W8BEN/ W8BEN-E cho từng cá nhân và nộp kèm theo hồ sơ bổ sung phù hợp với nội dung kê khai trên tờ khai.

Trong trường hợp Tôi thuộc đối tượng chịu thuế được quy định bởi Đạo luật FATCA, Tôi đồng ý cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin sau đây cho Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việt Nam (“Công ty”): Họ và tên; Số hộ chiếu hoặc giấy tờ chứng minh Tôi 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 Công ty được phép cung cấp các thông tin nói trên và các thông tin khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho các cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam, cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

Tôi/Chúng tôi cam kết các thông tin nêu trên đã được điền đầy đủ, chính xác nhằm đảm bảo các quyền lợi chi trả theo phiếu yêu cầu này.

Tôi/Chúng tôi đồng ý cho Công ty và đối tác của Công ty sử dụng những thông tin cung cấp trên cho các mục đích được đề cập trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và hoặc để quản lý, thực hiện hợp đồng bảo hiểm của Tôi/Chúng tôi với Công ty và hoặc để Công ty liên hệ với mục đích khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm.

**Bên mua bảo hiểm**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*

Họ và tên: .....

**Phần dành cho Phòng Nghiệp vụ FWD Việt Nam**

Nhân viên thực hiện: ..... Ngày thực hiện .....

Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ Phòng Nghiệp vụ theo số điện thoại: 024-39749988/email: [op-admin@sinsurance.vn](mailto:op-admin@sinsurance.vn)