

Ngày: ..... Số hợp đồng/ Số HSYCBH: .....

Bên mua bảo hiểm: .....Người được bảo hiểm: .....

**Quý khách điền nội dung cần thay đổi vào ô tương ứng:**

1. <input type="checkbox"/> Thay đổi CMND/HC/GKS <input type="checkbox"/> Ngày sinh <input type="checkbox"/> Giới tính <input type="checkbox"/> Tên	<input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác: .....	
	Thông tin cũ	Thông tin mới

2. <input type="checkbox"/> Thay đổi địa chỉ liên hệ: <input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác:.....	Địa chỉ mới: .....
	Phường/Xã:.....Quận/Huyện:.....Tỉnh/TP: .....
	Điện thoại..... Email .....

3. <input type="checkbox"/> Thay đổi phương thức nộp phí BH:	<input type="checkbox"/> Tiền mặt	<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	<input type="checkbox"/> Khác.....
--	-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

4. <input type="checkbox"/> Thay đổi định kỳ đóng phí BH:	<input type="checkbox"/> Hàng năm	<input type="checkbox"/> Nửa năm	<input type="checkbox"/> Hàng Quý	<input type="checkbox"/> Hàng tháng
---	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

5. <input type="checkbox"/> Giảm số tiền bảo hiểm	Tên sản phẩm	Số tiền BH hiện tại (VNĐ)	Số tiền BH mới (VNĐ)

6. <input type="checkbox"/> Duy trì hiệu lực HĐ với số tiền bảo hiểm giảm
---

7. <input type="checkbox"/> Bổ sung/ Hủy bỏ sản phẩm bổ trợ	<input type="checkbox"/> Bổ sung SP bổ trợ (Nộp kèm Tờ khai sức khỏe) <input type="checkbox"/> Hủy bỏ SP bổ trợ	
	Tên sản phẩm	Số tiền bảo hiểm (VNĐ)

8. <input type="checkbox"/> Thay đổi mẫu chữ ký: <input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> Người được bảo hiểm	Chữ ký cũ	Chữ ký mới

9. <input type="checkbox"/> Thay đổi người thụ hưởng:
---

Họ và tên	Số CMND/ Hộ chiếu/ GKS	Ngày sinh	Địa chỉ liên lạc	Quan hệ với Người được BH	Tỷ lệ thụ hưởng

10. <input type="checkbox"/> Khác .....
---

Quý khách chọn một trong các phương thức dưới đây để nhận lại khoản tiền chênh lệch (nếu có) sau khi điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm:

Chuyển khoản:

Thẻ tín dụng<sup>(\*)</sup>:

Số tài khoản: .....

Chủ thẻ: .....

Chủ tài khoản: .....

Số thẻ: ..... Loại thẻ:.....

Ngân hàng: .....Chi nhánh:.....

<sup>(\*)</sup> Trường hợp nộp phí bằng thẻ tín dụng

**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/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi là Bên mua bảo hiểm và/hoặc (những) Người thụ hưởng được chỉ định nêu trên:

Không /  Có

- có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ; hoặc
- có 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/Chúng tôi thuộc đối tượng chịu thuế được quy định bởi Đạo luật FATCA, Tôi/Chúng 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/Chúng 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 đã hiểu và đồng ý rằng thay đổi nói trên chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận bằng văn bản.

**Bên mua bảo hiểm**

**Người được bảo hiểm**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*

*(Ký và ghi rõ họ tên)*

**Phần dành cho Ngân hàng**

Chúng tôi xác nhận đã kiểm tra giấy tờ tùy thân của khách hàng và chữ ký bên được thực hiện dưới sự chứng kiến của chúng tôi

Ngân hàng/CN/PGD.....

Người nhận:.....Chữ ký.....

Kiểm soát viên:.....Chữ ký.....

Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ Phòng Nghiệp vụ theo số điện thoại: 024-39749988/email: op-admin@fwd.com