PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (GQQLBH)

Hợp đồng bảo hiểm số: _____

1. THÔNG TIN CHUNG

Người được bảo hiểm: …… ……	Ngày sinh: ……/ ……/ …….. CCCD/CC/Hộ chiếu: ……..
Bên mua bảo hiểm: …… ……	Ngày sinh: ……/ ……/ …….. CCCD/CC/Hộ chiếu: ……..

Người yêu cầu GQQLBH: ……

Quan hệ với Người được bảo hiểm:

☐ Người được bảo hiểm ☐ Vợ/Chồng hợp pháp ☐ Con ruột ☐ Cha/Mẹ ruột

☐ Anh/Chị/Em ☐ Khác ..... *(Quý khách vui lòng ghi rõ mối quan hệ)*

Số CCCD/CC/Hộ chiếu: …… Nơi cấp: ..……	Ngày sinh: ……/ ……/ …….. Nghề nghiệp: ……
Ngày cấp: ..…… Quốc tịch: ……	

Địa chỉ thường trú: ……

Địa chỉ liên lạc: ……

Điện thoại: ……	Email: ……

2. THÔNG TIN SỰ KIỆN BẢO HIỂM (SKBH)

Quyền lợi bảo hiểm:	☐ Tử vong	☐ Thương tật vĩnh viễn do tai nạn	☐ Hỗ trợ nằm viện
	☐ Bệnh hiểm nghèo	☐ Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	☐ Hỗ trợ chi phí phẫu thuật
	☐ Hội chứng Down	☐ Trẻ sơ sinh nhẹ cân	☐ Khác: ……

Ngày xảy ra SKBH: …. / …. / …….	Nơi xảy ra SKBH: ……		
Nguyên nhân sự kiện bảo hiểm	☐ Tai nạn	☐ Bệnh	☐ Khác:

Đối với quyền lợi hỗ trợ nằm viện vui lòng cung cấp thông tin

Ngày vào viện: … / ... / ……	Ngày ra viện: … / … / ……	Chẩn đoán: ……

Chi tiết liên quan đến SKBH (Cơ quan thụ lý giải quyết - nếu nguyên nhân là do tai nạn; Thông tin cơ sở y tế điều trị ban đầu, số thẻ BHYT; Mô tả ngắn gọn quá trình xảy ra SKBH)

……

……

……

……

……

……

……

……

MIRAE ASSET PRÉVOIR
Bảo hiểm nhân thọ

3. THÔNG TIN VỀ CÁC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM KHÁC CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên Công ty bảo hiểm	Hợp đồng số	Ngày bắt đầu	Mệnh giá bảo hiểm	Đã yêu cầu GQQLBH

4. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

☐ Nhận tiền mặt tại Bưu cục *(Chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm phân phối qua kênh Bưu điện)*

Hợp đồng bảo hiểm phân phối qua các kênh khác vui lòng chọn phương thức thanh toán bên dưới:

☐ Chuyển khoản

Tên chủ tài khoản: ……	Số tài khoản: ……..
Ngân hàng: ……	Chi nhánh: ……..

☐ Nhận tiền mặt qua ngân hàng
(Áp dụng đối với khách hàng không có bất kỳ số tài khoản nào tại các Ngân hàng)

Người nhận tiền: ……..	CCCD/CMND/Hộ chiếu: ……
Ngày cấp: ……/ ……../ ……	Nơi cấp: ……
Ngân hàng: ……..	Chi nhánh: ……
Địa chỉ: ……..	

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 Hòa 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), BMBH, NĐBH, NTH 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.

5. CAM KẾT CỦA NGƯỜI YÊU CẦU GQQLBH

Tôi/chúng tôi, những người ký tên dưới đây cam kết và đồng ý *(Vui lòng đánh dấu ✓ vào ô thích hợp.)*

☐ 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.

☐ 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 và 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/

Ngày.....tháng.....năm…….

NGƯỜI YÊU CẦU GQQLBH
(Ký và ghi rõ họ tên)

ĐẠI DIỆN BƯU CỤC/VP KINH DOANH/TỔ CHỨC TÍN DỤNG/ CÔNG TY TÀI CHÍNH/ KHÁC

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR
Hotline 1900 6603 map-life.com.vn
Tầng 6A - 8, Tòa nhà Sài Gòn Giải Phóng,
436 - 438 Nguyễn Thị Minh Khai, Phường Bàn Cờ, TP. Hồ Chí Minh