

1 Thông tin hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm số:

Họ tên Người được bảo hiểm (NĐBH):

Tình trạng hôn nhân: Độc thân Kết hôn Ly hôn Góa

Số con hiện có:

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại:

E-mail:

Họ tên Bên mua bảo hiểm (BMBH):

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại:

E-mail:

2 Thông tin yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi yêu cầu thanh toán

Số tiền yêu cầu thanh toán (VND)

Quyền lợi bảo hiểm Tử vong

Quyền lợi bảo hiểm Thương tật toàn bộ & vĩnh viễn

Quyền lợi bảo hiểm Thương tật bộ phận do tai nạn

Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo

Quyền lợi bảo hiểm Hỗ trợ viện phí

Quyền lợi bảo hiểm Bảo Vệ Sức Khỏe Toàn Diện

Quyền lợi bảo hiểm khác:

3 Thông tin chi tiết về sự kiện bảo hiểm

Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm:

Địa điểm:

Vui lòng nêu quá trình diễn biến, chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc quá trình bị tai nạn gây ra sự kiện bảo hiểm (tử vong hoặc thương tật hoặc nằm viện) của NĐBH:

Biên bản tai nạn, khám nghiệm có được lập không? Không Có

(Nếu có. Vui lòng cung cấp cho Sun Life Việt Nam bản sao y có thị thực.)

Vui lòng cho biết tên các Bác sĩ điều trị hoặc cơ sở y tế đã từng chẩn đoán hoặc điều trị bệnh cho NĐBH:

Tên Bác sĩ / Cơ sở y tế

Địa chỉ Cơ sở y tế

Ngày vào viện/ ra viện

Chẩn đoán khi ra viện

CL01170101



NĐBH có đang được bảo hiểm bởi công ty bảo hiểm nhân thọ nào khác không? Không Có
Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết (tên công ty, số hồ sơ/hợp đồng):

4 Thông tin người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

4.1 Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là cá nhân

Họ tên:

Ngày sinh:

Giới tính:

Nam

Nữ

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại:

E-mail:

Mối quan hệ với NĐBH: Bản thân Con Vợ/Chồng Cha/Mẹ Khác

4.2 Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là Tổ chức

Tên Tổ chức:

Mối quan hệ với NĐBH:

Địa chỉ cơ quan:

Họ tên Người đại diện theo pháp luật:

Chức vụ:

Địa chỉ:

Điện thoại:

E-mail:

5 Thông tin Người thụ hưởng (NTH)

5.1 Người thụ hưởng là cá nhân

Họ tên:

Ngày sinh:

Giới tính:

Nam

Nữ

Số CMND/Hộ chiếu:

Ngày cấp:

Nơi cấp:

Địa chỉ:

Điện thoại liên lạc:

E-mail:

Mối quan hệ với NĐBH: Bản thân Con ruột Vợ/Chồng Cha/Mẹ Khác

5.2 Người thụ hưởng là Tổ chức

Tên Tổ chức:

Mối quan hệ với NĐBH:

Số GP thành lập/đầu tư/chứng nhận ĐKKD:

Ngày cấp:



Địa chỉ cơ quan:

Họ tên Người đại diện theo pháp luật:

Chức vụ:

Ngày sinh:

Giới tính: Nam

Nữ

Số CMND/Hộ chiếu:

Ngày cấp:

Nơi cấp:

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại:

E-mail:

6 Hình thức thanh toán

6.1 Nhận tiền mặt tại ngân hàng

Họ và tên:

Số CMND/Hộ chiếu:

Ngày cấp:

Nơi cấp:

Tên ngân hàng:

Chi nhánh ngân hàng:

6.2 Chuyển vào tài khoản của NTH/người (được ủy quyền) nhận quyền lợi bảo hiểm

Tên chủ tài khoản:

Số tài khoản:

Tên ngân hàng:

Chi nhánh ngân hàng:

7 Khai báo thuế

Khai báo thuế dành cho công dân Hoa Kỳ hoặc là người/ Tổ chức có nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong số các chỉ dấu sau : (i) số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ, hoặc (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ, hoặc (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ, hoặc (iv) Quốc gia thành lập Tổ chức là Hoa Kỳ.

Tôi/ Chúng tôi đã hoàn tất khai báo mẫu W-8BEN hoặc W-8BEN-E hoặc W-9

Trong trường hợp Quý khách quyết định không điền vào phần này, bằng việc ký tên bên dưới Quý khách xác nhận về việc đồng ý với các điều khoản được nêu dưới đây :

1. Tôi/ Chúng tôi không phải là công dân Hoa Kỳ, hoặc là người/ Tổ chức có nghĩa vụ khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các chỉ dấu sau : (i) số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ, hoặc (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ, hoặc (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Hoa Kỳ, hoặc (iv) Quốc gia thành lập Tổ chức là Hoa Kỳ..vào thời điểm yêu cầu quyền lợi bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm ; và

2.Nếu có bất kỳ thay đổi nào liên quan đến các thông tin đề cập ở trên, Tôi/ Chúng tôi sẽ thông báo cho công ty Sun Life Việt Nam trong vòng 30 ngày kể từ ngày có phát sinh thay đổi



Bằng việc ký tên dưới đây, Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng:

- Các thông tin cung cấp là đúng sự thật và sẽ là một phần của tiến trình giải quyết quyền lợi bảo hiểm và cũng là cơ sở để quyết định giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Sun Life Việt Nam và các bên có liên quan được quyền sử dụng không giới hạn tất cả các dữ liệu và thông tin thu thập từ Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn thông tin liên quan đến cá nhân tôi, thông tin Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng/Người thừa kế và các thông tin liên quan khác được nộp cho Sun Life Việt Nam theo Hợp đồng bảo hiểm.
- Sun Life Việt Nam được phép liên hệ các Tổ chức, Công ty, Bệnh viện, Bác sỹ hay cá nhân nào có hồ sơ về tình trạng sức khỏe, thương tật, hồ sơ tai nạn của Người được bảo hiểm để thu thập thông tin có liên quan đến tất cả các bệnh (bao gồm cả bệnh HIV/AIDS), thương tổn, bệnh sử, toa thuốc, phương cách điều trị, các bản sao hồ sơ y tế và các bản sao hồ sơ tai nạn..v..v.
- Bản sao của các y chứng hoặc giấy chứng nhận từ các đơn vị nêu trên cung cấp có giá trị như bản chính.
- Theo quy định về Đạo luật thuế đối với các chủ tài khoản nước ngoài (gọi tắt là “Đạo luật FATCA”), Tôi/Chúng tôi đồng ý và cam kết cung cấp các thông tin của tôi/chúng tôi liên quan đến Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với Hợp đồng bảo hiểm mà Tôi/Chúng tôi đang tham gia tại Công ty TNHH Bảo hiểm nhân thọ Sun Life Việt Nam (“Sun Life Việt Nam”).
- Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng Sun Life Việt Nam được quyền thực hiện tất cả những gì được cho là cần thiết để tuân thủ những yêu cầu của FATCA, bao gồm nhưng không giới hạn nghĩa vụ báo cáo cho chính phủ Hoa Kỳ và/hoặc chính phủ Việt Nam.
- Tôi/ Chúng tôi biết rằng việc kê khai thông tin cá nhân như nêu trên là trách nhiệm của Tôi/chúng tôi với chính phủ Hoa Kỳ. Do đó, tôi /chúng tôi xác nhận rằng Sun Life Việt Nam sẽ không chịu trách nhiệm pháp lý trong việc thực hiện khai báo cho các cơ quan chức năng như nghĩa vụ của mình theo quy định của FATCA.

Ngày.....tháng.....năm.....

Người yêu cầu
(ký và ghi rõ họ tên)

X

Tư vấn viên/Người làm chứng
(ký và ghi rõ họ tên)

X

