

Kính gửi: Công ty TNHH Bảo hiểm FWD Việt Nam

### 1. Thông tin Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Họ và tên .....

Số CMND/Hộ chiếu ..... Quan hệ với Người được bảo hiểm .....

Địa chỉ liên lạc .....

Điện thoại liên hệ: Nhà riêng ..... Cơ quan ..... Khẩn cấp .....

### 2. Thông tin Hợp đồng bảo hiểm

Số hợp đồng ..... Ngày hiệu lực ..... Số tiền bảo hiểm ..... Đồng

Họ tên Người được bảo hiểm .....

Số CMND/Hộ chiếu ..... Ngày sinh .....

Địa chỉ thường trú .....

Địa chỉ liên lạc .....

Điện thoại .....

### 3. Thông tin Hợp đồng tín dụng (do Ngân hàng điền)

Số hợp đồng tín dụng ..... Thời hạn vay .....

Tại (Ngân hàng/Chi nhánh/PGD) .....

Số tiền vay ban đầu ..... Ngày giải ngân .....

Số Dư nợ vay tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm .....

Trong đó **Dư nợ gốc** ..... **Lãi vay** .....

### 4. Thông tin Sự kiện bảo hiểm

Sự kiện bảo hiểm  Tử vong  Thương tật toàn bộ vĩnh viễn (TTTBVV)

Thời điểm tử vong/TTTBVV vào hồi ..... giờ ..... phút ngày .....

Địa điểm tử vong/TTTBVV .....

Mô tả nguyên nhân, diễn biến tử vong/TTTBVV .....

Bộ phận cơ thể bị mất/bị liệt/không thể hội phục được (trường hợp TTTBVV) .....

Nơi khai tử (trường hợp tử vong) .....

**Nếu Người được bảo hiểm bị tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn, vui lòng cung cấp thêm**

Thời điểm tai nạn vào hồi ..... giờ ..... phút ngày .....

Nơi xảy ra tai nạn .....

Mô tả nguyên nhân tai nạn .....

Thông tin về việc điều trị, nằm viện của Người được bảo hiểm

Điều trị tại bệnh viện	Bác sỹ	Từ ngày	Đến ngày	Địa chỉ/Điện thoại liên hệ

5. Ngoài yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm với FWD Việt Nam, Ông/Bà còn có yêu cầu nào với các Công ty bảo hiểm, đơn vị hoặc cá nhân khác hay không? Nếu có, xin cho biết tên Công ty bảo hiểm, đơn vị hay cá nhân đó. (nếu không có thông tin gì, xin vui lòng ghi **KHÔNG**).....

Tên Công ty	Địa chỉ	Số ĐT

6. Tài liệu kèm theo

Có	Danh sách tài liệu kèm theo
<input type="checkbox"/>	Giấy chứng nhận bảo hiểm
<input type="checkbox"/>	Giấy yêu cầu bảo hiểm
<input type="checkbox"/>	Bản gốc/Bản sao (có xác nhận của Ngân hàng) Hợp đồng tín dụng
<input type="checkbox"/>	Bản gốc/Bản sao (có xác nhận của Ngân hàng) Giấy đề nghị vay vốn
<input type="checkbox"/>	Bản gốc/Bản sao (có chứng thực) CMND của Người được bảo hiểm
<input type="checkbox"/>	Bản gốc/Bản sao (có chứng thực) Giấy chứng tử (trường hợp tử vong)
<input type="checkbox"/>	Bản gốc/Bản sao (có chứng thực) Giấy xác nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền về tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm (trường hợp bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn)
<input type="checkbox"/>	Biên bản khám nghiệm hiện trường của công an hoặc cơ quan có thẩm quyền ( <b>nếu có</b> )
<input type="checkbox"/>	Kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền về sự kiện tai nạn ( <b>trong trường hợp tai nạn</b> )
<input type="checkbox"/>	Sơ đồ vụ tai nạn ( <b>trong trường hợp tai nạn</b> )

Các tài liệu khác kèm theo .....

## 7. Cam kết:

- Tôi xin cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây do tôi viết ra là đúng sự thật và tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về sự chính xác của những thông tin trên.
- Tôi đồng ý cho phép bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ (thông tin) về Người được bảo hiểm được phép cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm FWD Việt Nam hay bất cứ Người đại diện nào của Công ty thông tin mà Công ty yêu cầu.
- 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
- 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..

.....Ngày..... tháng .....năm.....

**Đại diện Ngân hàng**

*(ký và đóng dấu)*

**Người yêu cầu**

*(ký và ghi rõ họ tên)*

Mọi thắc mắc vui lòng liên hệ Phòng Nghiệp vụ theo số điện thoại: 024-3974 99 88/email: [op-admin@sinsurance.vn](mailto:op-admin@sinsurance.vn)