

**แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย
สำหรับบุคคลธรรมดา**

1. การโอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย..... มีความประสงค์ที่จะโอนมอบ
สิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่..... (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ)
ความสัมพันธ์.....ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่..... วันที่หมดอายุ
อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

สิทธิในกรมธรรม์

- การเวนคืนกรมธรรม์
- การเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ
- การแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา
- การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
- การกู้ยืมเงินตามกรมธรรม์

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
- การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
- การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิจึงได้ลงนามใน
หนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ สำเนาหนังสือเดินทาง ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง เป็นหลักฐานไว้กับบริษัทฯ

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการโอน
สิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลิปหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้ บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของ
การโอนสิทธิและประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงชดใช้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและประโยชน์ไป ก่อนที่บริษัทจะ
ทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว

2. การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act(FATCA)ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้รับโอนสิทธิ

2.1. การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกา และยังไม่ได้สถานะความเป็นพลเมือง
อเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือ มีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ
สหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่เป็น เป็น

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่มี มี

2.2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้า
ยินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้รับประโยชน์หรือทายาทของผู้เอาประกันภัยมีสิทธิได้รับตามกฎหมาย FATCA ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมาย FATCA ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว เพื่อแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

3. การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย (เฉพาะกรณีที่บริษัทฯ ได้ทำการอนุมัติการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น)

3.1 สถานที่อยู่ปัจจุบันและการจัดส่งเอกสารของผู้รับโอนสิทธิ

1) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

3) สถานที่ทำงาน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... อีเมล.....

4) สถานที่ติดต่อและส่งเอกสาร (หากไม่ระบุจะจัดส่งตามที่อยู่ปัจจุบัน) ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน

3.2 วิธีรับผลประโยชน์/เงินคืนตามกรมธรรม์

รับเป็นเช็ค คงไว้กับบริษัทฯ เพื่อการสะสม นำไปชำระเบี้ยประกันภัย โอนเข้าบัญชีเลขที่.....
 (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ของผู้รับโอนสิทธิ) ธนาคาร..... สาขา.....

4. การลงลายมือชื่อ

..... (.....) ผู้โอนสิทธิ (.....) ผู้รับโอนสิทธิ
..... (.....) พยาน (.....) พยาน