

แบบฟอร์ม: การขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย สำหรับบุคคลธรรมดา



1. การโอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....มีความประสงค์ที่จะโอนมอบ
สิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่.....(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้รับโอนสิทธิ)
ความสัมพันธ์.....ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่.....วันที่หมดอายุ.....
โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

สิทธิในกรมธรรม์

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

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
- การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
- การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิจึงได้ลงนามใน
หนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน **พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาหนังสือเดินทาง ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง** เป็นหลักฐานให้ไว้กับบริษัทฯ

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการ
โอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้ บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบต่อ
ความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและประโยชน์นี้ และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงชดใช้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและ
ประโยชน์ไป ก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว

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

2.1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้รับโอนสิทธิเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกา และยังไม่ได้สละความเป็น
พลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือ มีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่
ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่เป็น เป็น

ข. ผู้รับโอนสิทธิมีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี

2.2. คำยินยอมและตกลง

ผู้รับโอนสิทธิรับทราบ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้
ผู้รับโอนสิทธิยินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ผู้รับโอนสิทธิยินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแล
การปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้รับโอนสิทธิยินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ผู้รับโอนสิทธิตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ผู้รับโอนสิทธิเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ
หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ผู้รับโอนสิทธิไม่ให้ข้อมูล ผู้รับโอนสิทธิยินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ผู้รับโอนสิทธิหรือผู้รับประโยชน์
หรือทายาทของผู้เอาประกันภัยมีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ผู้รับโอนสิทธิไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ผู้รับโอนสิทธิ
แสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าผู้รับโอนสิทธิไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน
นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากผู้รับโอนสิทธิไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ผู้รับโอนสิทธิมีสิทธิ
ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว เพื่อแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้รับโอนสิทธิตามที่อยู่ที่ได้
แจ้งให้บริษัททราบ

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 130 - 132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29

ถนนวิฑู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th

แบบฟอร์ม: การขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย สำหรับบุคคลธรรมดา



3. การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย

(เฉพาะกรณีที่บริษัทฯ ได้ทำการอนุมัติการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น)

3.1 สถานที่ติดต่อและการจัดส่งเอกสารของผู้รับโอนสิทธิ

เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ทำงาน..... อีเมล.....

3.2 วิธีรับผลประโยชน์/เงินคืนตามกรมธรรม์

- รับเป็นเช็ค คงไว้กับบริษัทฯ เพื่อการสะสม นำไปชำระเบี้ยประกันภัย
- โอนเข้าบัญชีเลขที่..... (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีชื่อออมทรัพย์ของผู้รับโอนสิทธิ)
ธนาคาร..... สาขา.....

4. การลงลายมือชื่อ

.....
(.....)
ผู้โอนสิทธิ

.....
(.....)
ผู้รับโอนสิทธิ

.....
(.....)
พยาน

.....
(.....)
พยาน