

แบบฟอร์ม: การขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย สำหรับนิติบุคคล

1. การโอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่
(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย มีความประสงค์ที่จะโอนมอบสิทธิ
กรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่นิติบุคคล (บจก./หจก./หสน.) (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ)
ความสัมพันธ์ ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่
ที่อยู่จดทะเบียน

โดยมีกรรมการ หรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจผูกพัน ดังต่อไปนี้

1. (นาย/นาง/นางสาว)

ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

2. (นาย/นาง/นางสาว)

ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

สิทธิในกรมธรรม์

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

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
- การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
- การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิจึงได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน **พร้อมแนบสำเนาหนังสือจดทะเบียนบริษัทฯ รายงานการประชุม หนังสือมอบอำนาจ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจแทนนิติบุคคล และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง** เพื่อเป็นหลักฐานให้ไว้กับบริษัทฯ

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้ บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆในกรณีที่ได้อำนาจเงินอันพึงชดใช้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและประโยชน์ไป ก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว

2. การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล)

2.1 การรับรองสถานะ:

2.1.1 ผู้รับโอนสิทธิเป็นนิติบุคคลที่เป็นเจ้าของผลประโยชน์ที่ได้รับการยกเว้น (Exempt Beneficial Owner) หรือสถาบันการเงินที่ถือว่าปฏิบัติตาม FATCA แล้ว (Deemed-compliant FFI) เช่น รัฐบาลต่างชาติหรือองค์กรของรัฐบาลต่างชาติ องค์กรระหว่างประเทศหรือตัวแทนขององค์กร ธนาคารแห่งประเทศไทย กองทุนเกษียณอายุที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA บริษัทลงทุนที่เจ้าของผลประโยชน์ทั้งหมดเป็นเจ้าของผลประโยชน์ที่ได้รับการยกเว้น เป็นต้น

ไม่ใช่ ใช่ (ถ้าใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W-8BEN-E ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม และไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)

2.1.2 ผู้รับโอนสิทธิเป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งหรือจดทะเบียนในสหรัฐอเมริกาหรือภายใต้กฎหมายหรือกฎระเบียบของสหรัฐอเมริกา ใช่ หรือ ไม่ใช่

ไม่ใช่ ใช่ (ถ้าใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W9 ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม และไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)

2.1.3 ผู้รับโอนสิทธิเป็นนิติบุคคลซึ่งเป็นสถาบันการเงินตามที่ระบุไว้ภายใต้กฎหมาย FATCA เช่น สถาบันรับฝากเงิน (ธนาคาร หรือกิจการที่คล้ายคลึงกัน) สถาบันการเงินซึ่งให้บริการถือสินทรัพย์แทน (Custodian Institute) นิติบุคคลที่ดำเนินกิจการเกี่ยวกับการลงทุน (เช่น นายหน้าค้าหลักทรัพย์ ผู้จัดการเกี่ยวกับการลงทุน และกองทุนต่างๆ เป็นต้น) หรือ บริษัทประกันชีวิต ใช่ หรือ ไม่ใช่

ไม่ใช่ ใช่ (ถ้าใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W-8BEN-E ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม และไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)

2.1.4 ผู้รับโอนสิทธิเป็นนิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงินตามที่ระบุไว้ภายใต้กฎหมาย FATCA ที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ เช่น ดอกเบี้ย เงินปันผล หรือจากการลงทุนอื่น เช่น ค่าเช่าและค่าลิขสิทธิ์ ซึ่งไม่ได้มาจากการทำธุรกิจตามปกติ หรือรายได้อื่นที่มีลักษณะเดียวกัน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของรายได้รวม หรือ มีสินทรัพย์ที่ข้าพเจ้ามีไว้เพื่อการลงทุนให้เกิดรายได้ในรูปแบบข้างต้น ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวม (Passive NFFE) ในรอบบัญชีปีที่ผ่านมา ใช่ หรือ ไม่ใช่

แบบฟอร์ม: การขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย สำหรับนิติบุคคล



ไม่ใช่ ใช่ (ถ้า ใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W-8BEN-E ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม และไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)
ให้ตอบ “ไม่ใช่” ในข้อ 2.1.4 หากผู้รับโอนสิทธิเป็นนิติบุคคลดังต่อไปนี้

เป็นนิติบุคคลซึ่งไม่ใช่สถาบันการเงินตามที่ระบุไว้ภายใต้กฎหมาย FATCA และมีรายได้จากการทำธุรกิจตามปกติ (Active Income) เป็นรายได้หลัก (Active NFFE) เช่น บริษัทจดทะเบียนในบริษัทหลักทรัพย์ นิติบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร สมาคม มูลนิธิ นิติบุคคลใหม่ที่เริ่มจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน เป็นต้น

2.2 คำยินยอมและตกลง

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิยินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติ ตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูล ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนใดๆ รวมถึงให้สิทธิการพิจารณาเป็นไปตามระเบียบ /กฎเกณฑ์ของบริษัทที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA รวมถึงการให้สิทธิการพิจารณาเป็นไปตามระเบียบ/กฎเกณฑ์ของบริษัท จากเหตุข้าพเจ้า ไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าว ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใดๆ ที่ ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้า ตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

3. การเปลี่ยนแปลงกรรมธรรม์ประกันภัย

(เฉพาะกรณีที่บริษัทฯ ได้ทำการอนุมัติการโอนสิทธิในกรรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น)

3.1 สถานที่ติดต่อและการจัดส่งเอกสารของผู้รับโอนสิทธิ

เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์ที่ทำงาน อีเมล

3.2 วิธีรับผลประโยชน์/เงินคืนตามกรรมธรรม์

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

4. การลงลายมือชื่อ

..... (.....) ผู้โอนสิทธิ (.....) ผู้รับโอนสิทธิ กรรมการ หรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจผูกพัน และโปรดประทับตราบริษัท
..... (.....) พยาน (.....) พยาน

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิภาวดี แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th