

**แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย  
สำหรับบุคคลธรรมดา**

**1. การโอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย**

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ .....  
(ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... มีความประสงค์ที่จะโอนมอบสิทธิ  
กรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่ ..... (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ)  
ความสัมพันธ์ ..... ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ ..... วันที่หมดอายุ .....  
อาชีพประจำ ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

<u>สิทธิในกรมธรรม์</u>	<u>ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย</u>
<input checked="" type="checkbox"/> การเวนคืนกรมธรรม์	<input checked="" type="checkbox"/> การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
<input checked="" type="checkbox"/> การเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ	<input checked="" type="checkbox"/> การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
<input checked="" type="checkbox"/> การแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา	<input checked="" type="checkbox"/> การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา
<input checked="" type="checkbox"/> การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์	<input checked="" type="checkbox"/> การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา
<input checked="" type="checkbox"/> การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์	<input checked="" type="checkbox"/> การรับเงินเกี่ยวกับกองทุน (กรมธรรม์ยูนิทลิงค์)
<input checked="" type="checkbox"/> การกู้ยืมเงินตามกรมธรรม์	

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิจึงได้  
ลงนามในหนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ สำเนาหนังสือเดินทาง ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง เป็นหลักฐานให้ไว้กับ  
บริษัท

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่า การโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้ง  
การโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้ บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบ  
ต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงชดใช้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิ  
และประโยชน์ไป ก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว บริษัทจะดำเนินการโอนสิทธิกลับคืนให้เป็นของผู้เอาประกัน เมื่อผู้รับโอนสิทธิ  
ถึงแก่ความตาย สิทธิดังกล่าวจะกลับคืนสู่ผู้เอาประกัน

**2. การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา  
ของผู้รับโอนสิทธิ**

**2.1 การรับรองสถานะ**

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ เคยเป็นหรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูก  
กฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของ  
ประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่เป็น  เป็น

**2.2 คำยินยอมและตกลง**

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้  
ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

**ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล**

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแล

**การปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA**

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้ง กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิ์กับบริษัทปฏิเสธการโอนสิทธิ์ หรือ หักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิ์ปฏิเสธการโอนสิทธิ์ หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิ์ปฏิเสธการโอนสิทธิ์ หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ใน กฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าวปฏิเสธการโอนสิทธิ์ หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

**3. การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย**

(บริษัทจะดำเนินการเปลี่ยนแปลงหลังอนุมัติการโอนสิทธิ์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเท่านั้น)

**3.1 สถานที่อยู่ปัจจุบันและการจัดส่งเอกสารของผู้รับโอนสิทธิ์**

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

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

3) สถานที่ทำงาน เลขที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... ประเทศ ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์มือถือ ..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... อีเมล .....

4) สถานที่ติดต่อและส่งเอกสาร (หากไม่ระบุจะจัดส่งตามที่อยู่ปัจจุบัน)  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  สถานที่ทำงาน

**3.2 วิธีรับผลประโยชน์/เงินคืนตามกรมธรรม์**

คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม  นำไปชำระเบี้ยประกันภัย  โอนเข้าบัญชีเลขที่.....

(กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ของผู้รับโอนสิทธิ์) ธนาคาร ..... สาขา .....

**4. การลงลายมือชื่อ**

.....  
( )

ผู้โอนสิทธิ์

ผู้รับโอนสิทธิ์

.....  
( )

พยาน

พยาน