บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th

FWD insurance

แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย สำหรับนิติบุคคล

1. การโอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

เขียนที่ .....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า ..... ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ .....
(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... มีความประสงค์ที่จะโอนมอบสิทธิกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่นิติบุคคล (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

<u>สิทธิในกรมธรรม์</u>
☑ การเวนคืนกรมธรรม์
☑ การเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ
☑ การแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา
☑ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
☑ การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
☑ การกู้ยืมเงินตามกรมธรรม์

<u>ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย</u>
☑ การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
☑ การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
☑ การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิจึงได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน **<u>พร้อมแนบสำเนาหนังสือจดทะเบียนบริษัทฯ รายงานการประชุม หนังสือมอบอำนาจ บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจแทนนิติบุคคล และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง</u>** เพื่อเป็นหลักฐานให้ไว้กับบริษัทฯ

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่า การโอนสิทธิในกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการโอนสิทธิในกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมกรรม์แล้ว ทั้งนี้บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดใดๆ ในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงชดใช้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและประโยชน์ไปก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว

2. การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของ<u>ผู้รับโอนสิทธิ</u> (นิติบุคคล)

1. การรับรองสถานะ

สำหรับสถาบันการเงินภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ที่มี GIIN	ประเทศที่จดทะเบียน หรือจัดตั้ง
หมายเลข GIIN ของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) (ถ้ามี) ☐☐☐☐☐☐ • ☐☐☐☐☐ • ☐☐ • ☐☐☐	เลขทะเบียนนิติบุคคล

สถานะของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล)
โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล)

นิติบุคคลอเมริกัน ก. ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลอเมริกัน (นิติบุคคลที่จดทะเบียนในประเทศสหรัฐอเมริกา) ใช่หรือไม่	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

หากผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบว่า “ใช่” ในข้อ ก.
โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-9 ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม
ในกรณีที่ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบ “ไม่ใช่” ในข้อ ก. ให้ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบคำถามเพิ่มเติมในข้อ ข. และ ค.

สถาบันการเงิน / นิติบุคคลที่มีรายได้หลักมาจากการลงทุน

ข. ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ใช่ หรือไม่

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

สถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA เช่น

1. สถาบันเงินฝาก (ธนาคาร หรือกิจการที่คล้ายคลึงกัน) 2. สถาบันให้บริการถือสินทรัพย์แทน (Custodial Institution) 3. นิติบุคคลเพื่อการลงทุน (เช่น นายหน้าค้าหลักทรัพย์ ผู้จัดการการลงทุน และกองทุนต่างๆ เป็นต้น) 4. บริษัทประกันชีวิต 5. นิติบุคคลผู้ถือหุ้นของสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA และ 6. ศูนย์จัดการเงินทุน (Treasury center) เป็นต้น

ค. ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ (เช่น ดอกเบี้ย หรือเงินปันผล) หรือจากการลงทุนอื่น (เช่น ค่าเช่า หรือค่าลิขสิทธิ์) ซึ่งมิได้มาจากการดำเนินธุรกิจตามปกติตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของรายได้รวมหรือมีสินทรัพย์ที่บริษัทมีไว้เพื่อนำไปลงทุนตามที่กล่าวมาตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวมในรอบบัญชีปีล่าสุด	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

ตอบ “ไม่ใช่” หากผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลตามข้อ ก) หรือ ข)

1. องค์กร/หน่วยงานรัฐบาลที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรระหว่างประเทศ หรือธนาคารกลาง เป็นต้น
2. นิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงินที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA (Exempted NFFE) เช่น บริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ นิติบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร สมาคม มูลนิธิ นิติบุคคลใหม่ที่เริ่มจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน เป็นต้น

หากผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบว่า “ใช่” ในข้อ ข. หรือ ค. โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN-E ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม

2. คำรับรอง

(1) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) รับทราบว่าบริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) รับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูลใดๆ ที่ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

3. การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย

(เฉพาะกรณีที่บริษัทฯ ได้ทำการอนุมัติการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น)

3.1 สถานที่อยู่ปัจจุบัน และการจัดส่งเอกสารของผู้รับโอนสิทธิ

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

3.2 วิธีรับผลประโยชน์ / เงินคืนตามกรมธรรม์

☐ คงไว้กับบริษัทฯ เพื่อการสะสม ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขนิติบุคคล (ผู้รับโอนสิทธิ)

☐ โอนเข้าบัญชีเลขที่ .....ธนาคาร ..... สาขา ..... (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ของผู้รับโอนสิทธิ)

4. ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในเอกสารประกอบแบบฟอร์มฉบับนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการโอนสิทธิ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ตามรายละเอียดใน www.fwd.co.th/th/privacy-policy/ อย่างชัดเจนแล้ว

5. การลงลายมือชื่อ

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