

แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย
สำหรับบุคคลธรรมดา

1. การโอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

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

ข้าพเจ้า ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย มีความประสงค์ที่จะโอนมอบสิทธิ
กรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่ (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ)
ความสัมพันธ์ ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันที่หมดอายุ
สัญชาติ.....อาชีพประจำ.....ประเภทธุรกิจ.....ตำแหน่ง.....
ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
เหตุผลในการโอนสิทธิ.....
หมายเหตุ กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบบำนาญ **ไม่สามารถ**โอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยได้

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

สิทธิในกรมธรรม์

- การเวนคืนกรมธรรม์
- การเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ
- การแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา
- การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
- การกู้ยืมเงินตามกรมธรรม์
- การจัดการเกี่ยวกับการกองทุน (กรมธรรม์ยูนิทลิงค์)

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
- การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
- การรับเงินสมทบคุณครบกำหนดตามสัญญา
- การรับเงินเกี่ยวกับกองทุน (กรมธรรม์ยูนิทลิงค์)

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิ และผู้รับโอนสิทธิ
จึงได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาหนังสือเดินทาง ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง เป็น
หลักฐานให้ไว้กับบริษัท

ผู้โอนสิทธิ และผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะ
ได้รับแจ้งการโอนสิทธิในกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้บริษัทไม่
ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิ และประโยชน์เท่านั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงใช้ได้ตาม
สัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและประโยชน์ไป ก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว บริษัทจะดำเนินการโอนสิทธิกลับคืนให้เป็น
ของผู้เอาประกัน เมื่อผู้รับโอนสิทธิถึงแก่ความตาย สิทธิดังกล่าวจะกลับคืนสู่ผู้เอาประกัน

2. การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศ
สหรัฐอเมริกา ของผู้รับโอนสิทธิ

2.1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
ผู้รับโอนสิทธิ

- ไม่มี มี โปรดระบุ
- ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็น หรือเคยเป็น ผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่
ผู้รับโอนสิทธิ

- ไม่เป็น เป็น เคยเป็น และสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็น หรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....
วันหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
ผู้รับโอนสิทธิ ไม่มี มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่
(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ผู้รับโอนสิทธิ ไม่มี มี

2.2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพัน หรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

3. การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย

(เฉพาะกรณีที่มีบริษัทได้ทำการอนุมัติการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น)

3.1. สถานที่ติดต่อ และการจัดส่งเอกสารของผู้รับโอนสิทธิ

- 1) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน / อาคารตรอก / ซอยถนน
แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ประเทศ.....
- 2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน / อาคารตรอก / ซอยถนน
แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ประเทศ.....
- 3) สถานที่ทำงาน ชื่อบริษัท / องค์กร
เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน / อาคารตรอก / ซอย ถนน
แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ประเทศ.....
- 4) โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์ที่ทำงาน
- 5) สถานที่จัดส่งเอกสาร (หากไม่ระบุจะจัดส่งตามที่อยู่ปัจจุบัน) ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน

3.2. วิธีรับผลประโยชน์/เงินคืนตามกรมธรรม์

- คงไว้กับบริษัทฯ เพื่อการสะสม นำไปชำระเบี้ยประกันภัย โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ตามเลขบัตรประชาชนของผู้รับโอนสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเลขที่ธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาบัญชีธนาคารของผู้รับโอนสิทธิ)

4. ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในแบบฟอร์มฉบับนี้ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้าเพื่อการยืนยันตัวตน และดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดใน <http://www.fwd.co.th/th/privacy-policy/> อย่างชัดเจนแล้ว

5. การลงลายมือชื่อ

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

แบบแสดงถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง

สถานที่เกิด เมือง / จังหวัด ประเทศ

ข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครอง (กรณีผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี) หรือ ผู้รับโอนสิทธิ

ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง

สถานที่เกิด เมือง / จังหวัด ประเทศ

ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี และเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ในฐานะ	ประเทศ / เขตปกครอง ถิ่นที่อยู่ทางภาษี	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค	หากท่านเลือกเหตุผล ข โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านยังไม่ได้ รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษี
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้แทนฯ หรือ ผู้รับโอนสิทธิ				
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้แทนฯ หรือ ผู้รับโอนสิทธิ				
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้แทนฯ หรือ ผู้รับโอนสิทธิ				
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้แทนฯ หรือ ผู้รับโอนสิทธิ				

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้

เหตุผล (ก) – ประเทศ / เขตปกครองที่ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัย
อยู่ในประเทศ / เขตปกครองนั้น

เหตุผล (ข) – ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศ/เขตปกครองนั้น
(หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

เหตุผล (ค) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศ / เขตปกครองนั้นไม่ได้บังคับ
จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะ และความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้อง และครบถ้วนสมบูรณ์
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันธ หรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่าง
ประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร(กฎหมาย CRS)
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือ
ต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี หากสถานะ หรือข้อมูลเปลี่ยนแปลง
นั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศ
เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครอง

ลงวันที่

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) / ผู้รับโอนสิทธิ