

แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.



ข้าพเจ้า ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่
 (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย มีความประสงค์ที่จะโอนมอบสิทธิใน
 กรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ) ความสัมพันธ์
 ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

สิทธิในกรมธรรม์

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

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
- การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
- การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิจึงได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้
 ต่อหน้าพยาน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้านของผู้นามรับรองสำเนาถูกต้อง ไว้เป็นหลักฐานให้ไว้กับบริษัท

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะได้รับการโอนสิทธิในกรมธรรม์
 และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกผลหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้ บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและ
 ประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงควรใช้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและประโยชน์ไปก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและ
 ประโยชน์ดังกล่าว

การรับรองสถานะ: และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

* กรณีที่มีการโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ให้ตอบคำถามโดยใช้ข้อมูลของผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

การรับรองสถานะ:

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือมีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สถานะความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์
 ตามกฎหมาย หรือมีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่กรอกและลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ หรือมีกรีนการ์ดที่ยังไม่ถูกสละ ยกเลิก
 หรือถอดถอนอย่างเป็นทางการ หรือมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐ
 อเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินปัจจุบัน) หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา หรือไม่มี

ไม่เป็น เป็น (ถ้า เป็น ให้ตอบแบบฟอร์ม W9 ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่มี มี (ถ้า มี ให้ตอบแบบฟอร์ม W-8BEN ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

* กรณีที่ต้องกรอกแบบฟอร์ม W9 แล้ว ให้กรอกเพียงแบบฟอร์มเดียว ไม่ต้องกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN อีก

คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลง
 ให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
 ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่บริษัทกำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความ
 เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

ข. พลงของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว หรือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

ลงชื่อ

()

ผู้โอนสิทธิ

ลงชื่อ

()

ผู้รับโอนสิทธิ

ลงชื่อ

()

พยาน / ตัวแทน / นายหน้า

ลงชื่อ

()

พยาน / ตัวแทน / นายหน้า