

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

ข้าพเจ้า.....ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่.....
(ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....มีความประสงค์ที่จะ โอนมอบสิทธิใน
กรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่.....เพศ.....สัญชาติ.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี
สถานภาพการสมรส.....บัตรประชาชนเลขที่/Passport no. (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ) ความสัมพันธ์.....
อาชีพ.....ลักษณะอาชีพ.....รายได้/ปี.....บาท
1. ที่อยู่ปัจจุบัน/จัดส่งเอกสาร เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....อีเมลล์ (e-mail).....
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....อีเมลล์ (e-mail).....
3. สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....อีเมลล์ (e-mail).....

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

สิทธิในกรมธรรม์

- การเวนคืนกรมธรรม์
- การเปลี่ยนกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ
- การแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา
- การกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์
- การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
- การกู้ยืมเงินตามกรมธรรม์

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
- การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
- การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

การโอนสิทธินี้ ผู้โอนสิทธิ และผู้รับโอนสิทธิ ไม่มีสิทธิในการเปลี่ยนผู้รับประโยชน์ และการโอนสิทธินี้เป็นอันสิ้นสุดเมื่อผู้รับโอน
ถึงแก่กรรมก่อนหรือในเวลาเดียวกับผู้โอน หรือผู้รับโอนได้ทำหน้าที่ยกเลิกการโอนสิทธิเรียกร้องนี้ให้แก่ผู้โอน และสิทธิตามกรมธรรม์นี้จะ
กลับมาเป็นของผู้โอน

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอน
สิทธิจึงได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน **พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาบัตรประชาชน** ไว้เป็น
หลักฐานให้ไว้กับบริษัท

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัท
จะได้รับแจ้งการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้
บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงชดเชย
ให้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและประโยชน์ไปก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว

การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

*กรณีที่มีการโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ให้ตอบคำถามโดยใช้ข้อมูลของผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือมีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สถานะความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือมีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่กรอกและลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ หรือมีกรีนการ์ดที่ยังไม่ถูกสละ ยกเลิก หรือลดยกเลิกอย่างเป็นทางการ หรือมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินปัจจุบัน) หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่เป็น เป็น (ถ้า เป็น ให้ตอบแบบฟอร์ม W-9 ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการคิดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

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

คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือ ใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย การบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ลงชื่อ.....

()

ผู้โอนสิทธิ

ลงชื่อ.....

()

ผู้รับโอนสิทธิ

ลงชื่อ.....

()

พยาน / ตัวแทน / นายหน้า

ลงชื่อ.....

()

พยาน / ตัวแทน / นายหน้า