

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออนไลน์

 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กทม. 10310 โทร. 0-2118-5555 โทรสาร.0-2118-5556 www.dhipayalife.co.th

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

ข้าพเจ้า.....ผู้สิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่.....
 (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....มีความประสงค์ที่จะโอนมอบสิทธิใน
 กรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยให้แก่.....เพศ.....สัญชาติ.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี
 สถานภาพการสมรส.....บัตรประชาชนเลขที่/Passport no.(ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ) ความสัมพันธ์.....
 อาชีพ.....ลักษณะอาชีพ.....รายได้ปี.....บาท
 1. ที่อยู่ปัจจุบัน/จัดส่งเอกสาร เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....อีเมล (e-mail).....
 2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....อีเมล (e-mail).....
 3. สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....อีเมล (e-mail).....

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้
สิทธิในกรมธรรม์

การเวนคืนกรมธรรม์
 การเปลี่ยนกรมธรรม์ให้เงินสำเร็จ
 การแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา
 การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
 การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
 การกู้ยืมเงินตามกรมธรรม์

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
 การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
 การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

การโอนสิทธินี้ ผู้โอนสิทธิ และผู้รับโอนสิทธิ ไม่มีสิทธิในการเปลี่ยนผู้รับประโยชน์ และการโอนสิทธินี้เป็นอันสิ้นสุดเมื่อผู้รับโอน
 ถึงแก่กรรมก่อนหรือในเวลาเดียวกับผู้โอน หรือผู้รับโอนได้ทำหนังสือยกเลิกการโอนสิทธิเรียกร้องนี้ให้แก่ผู้โอน และสิทธิตามกรมธรรม์นี้จะ
 กลับมาเป็นของผู้โอน

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอน
 สิทธิจึงได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน **พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของทั้งสองฝ่ายไว้เป็น**
หลักฐานให้ไว้กับบริษัท

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัท
 จะได้รับแจ้งการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้
 บริษัทไม่ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ในกรณีที่ได้อำนาจเงินอันพึงชดเชย
 ให้ตามสัญญาประกันภัยให้กับผู้สิทธิและประโยชน์ไปก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว

- การรับรองสถานะ**
- ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือมีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สถานะความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือมีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่กรอกและลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ หรือมีกรีนการ์ดที่ยังไม่ถูกสละ ยกเลิก หรือถอดถอนอย่างเป็นทางการ หรือมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินปัจจุบัน) หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น (ถ้า เป็น ให้ตอบแบบฟอร์ม W-9 ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)
- ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี (ถ้า มี ให้ตอบแบบฟอร์ม W-8BEN ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

- คำยินยอมและตกลง**
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันตอบบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือ ใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย การบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
()	()
ผู้โอนสิทธิ	ผู้รับโอนสิทธิ
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
()	()
พยาน / ตัวแทน / นายหน้า	พยาน / ตัวแทน / นายหน้า