

หนังสือแจ้งการโอนสิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัทฯ")

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

ผู้ถือบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่.....วันหมดอายุ.....

ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครอง (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) ตามกรมธรรม์เลขที่.....

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้โอน" ได้ตกลงโอนสิทธิและผลประโยชน์ตามสัญญาประกันภัยของกรมธรรม์ฉบับนี้ ให้แก่

 กรณีบุคคลธรรมดา (โปรดแนบ สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาหนังสือเดินทางของผู้รับโอน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

นาย / นาง / นางสาว.....ความสัมพันธ์.....

 กรณีนิติบุคคล (โปรดแนบ สำเนาหนังสือรับรองบริษัท ออกโดยกระทรวงพาณิชย์ไม่เกิน 6 เดือน พร้อมประทับตราสำคัญของบริษัท และสำเนาบัตรประชาชน / สำเนาหนังสือเดินทางของกรรมการผู้มีอำนาจลงนาม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

บริษัท / ห้างหุ้นส่วนจำกัด.....ความสัมพันธ์.....

ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....ที่อยู่จดทะเบียน.....

โดยมีกรรมการ หรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจผูกพัน ดังต่อไปนี้

1. นาย / นาง / นางสาว.....

ผู้ถือบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่.....วันหมดอายุ.....

2. นาย / นาง / นางสาว.....

ผู้ถือบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่.....วันหมดอายุ.....

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้รับโอน" โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้โอนขอโอนสิทธิและการใช้สิทธิผลประโยชน์ตามสัญญาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้นให้แก่ผู้รับโอน **ยกเว้น** ผลประโยชน์ใดๆ ตามสัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน และ/หรือ สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลและผ่าตัด และ/หรือ สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง (ถ้ามี)
2. บริษัทฯ จะหักหนี้สินใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ฉบับดังกล่าว (ถ้ามี) ก่อนจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับโอน
3. ผู้รับโอนมีสิทธิเพียงได้รับสิทธิเรียกร้องที่โอนมาจากผู้โอน และไม่มีสิทธิในการโอนสิทธิเรียกร้องดังกล่าวต่อไปให้บุคคลอื่นอีก
4. การโอนสิทธิและผลประโยชน์นี้ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากบริษัทฯ และเริ่มมีผลบังคับนับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ ได้ออกบันทึกสลักหลังกรมธรรม์

ผู้โอนและผู้รับโอนตกลงยินยอมให้มีการโอนสิทธิเรียกร้องดังกล่าว ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้นทุกประการ หากผู้รับโอนฝ่าฝืนเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งหมดตามที่ระบุไว้ข้างต้น ผู้โอนและผู้รับโอนตกลงให้นำหนังสือโอนสิทธิเรียกร้องฉบับนี้จะสิ้นผลบังคับในทันที และให้ถือเสมือนไม่เคยมีการโอนสิทธิระหว่างผู้โอนและผู้รับโอนตามหนังสือฉบับนี้เกิดขึ้น

ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในแบบฟอร์มฉบับนี้ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้าเพื่อการยืนยันตัวตน และดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ตามรายละเอียดใน <https://www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html> อย่างชัดเจนแล้ว

เพื่อเป็นหลักฐานในการโอนสิทธิและผลประโยชน์เด็ดขาดนี้ ผู้โอนและผู้รับโอนได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(พยาน / ตัวแทน)

ลงชื่อ.....

(ผู้โอนสิทธิ)

ลงชื่อ.....

(พยาน)

ลงชื่อ.....

(ผู้รับโอนสิทธิ)

แบบแจ้งความเป็นบุคคลอเมริกันและถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (FATCA/CRS Self-Certification Form)	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ชื่อ-นามสกุลผู้รับโอนสิทธิ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
---	--

ส่วนที่ 1 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทย กับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีสัญชาติประเทศที่เกิดที่เกี่ยวข้องกับ ประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ Do you have citizenship of a country of birth related to the United States? (หากตอบ "ใช่" โปรดตอบแบบสอบถาม W-9 / If Yes, Please complete Form W-9)	<input type="checkbox"/> ไม่มี / No	<input type="checkbox"/> มี / Yes โปรดระบุ /Please specify	<input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน / Hold American nationality <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา / Bom in the United States <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา / Holds American nationality and was born in the United States.
2. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ Are you a holder of any U.S. Permanent Resident Card (e.g. Green Card) ? <input type="checkbox"/> ไม่เป็น / No <input type="checkbox"/> เป็น / Yes (โปรดตอบแบบสอบถาม W-9 / Please complete Form W-9) <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ / Previously held but no longer valid (โปรดตอบแบบสอบถาม W-8BEN / Please complete Form W-8BEN) กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ / If you are or have been, please specify the number..... วันบัตรหมดอายุ / Expiration date			
3. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ W9 Do you have tax obligations to the Internal Revenue Service of the United States? (หากตอบ "มี" โปรดตอบแบบสอบถาม W-9 / If Yes, Please complete Form W-9)	<input type="checkbox"/> ไม่มี / No <input type="checkbox"/> มี / Yes		
4. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) Do you have the status of a U.S. resident for U.S. tax purposes ? (For example, having resided in the United States for at least 183 days in the previous calendar year) (หากตอบ "มี" โปรดตอบแบบสอบถาม W-9 / If Yes, Please complete Form W-9)	<input type="checkbox"/> ไม่มี / No <input type="checkbox"/> มี / Yes		

คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงาน ภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะ หรือข้อมูล ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

Certification

- I acknowledge that the Life Insurance Company ("the Company") has obligations or must comply with FATCA law.
- I acknowledge that the Company needs to collect, use, or disclose any of my information that the Company is obligated to disclose to government agencies in the country or abroad to comply with FATCA law.
- I will provide additional information as requested by the Company to comply with FATCA law in writing within the specified timeframe.
- I will notify the Company in case of any change in status or information that I have previously provided to the Company, if such changed status or information is related to the United States, within 30 days from the date of the change in status or information.
- In case I do not disclose information as per (3) and (4), I grant the Company the right to report my information to government agencies in the country or abroad to comply with FATCA law.

ส่วนที่ 2.1 การรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ ประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)
CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English)

ผู้รับโอนสิทธิ (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)		
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Residence Address		
วันเดือนปีเกิด Date of Birth		
สถานที่เกิด Place of Birth	ประเทศ Country	เมือง/จังหวัด City/Province

ส่วนที่ 2.1 : การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา
(โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

CRS Questionnaire for taxpayer in countries other than Thailand or the U.S. (Please specify in English)

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่

Do you have tax residence* in countries other than Thailand or the U.S.?

ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No

*"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากเนื่องจากการมีภูมิลำเนาถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ เกี่ยวกับถิ่นที่อยู่ทางภาษีเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/>

**"Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion. The Guidance on Tax Residence is available at <https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/>

- โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุถิ่นที่อยู่ทางภาษีและหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง

You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below.

- หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปทำ ส่วนที่ 2.2 การรับรองค่าแกลงและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

If your answer is "No", continue in Part 2.2 Declaration and Change of Status

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีใน ต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัว ผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่ สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้ เสียภาษีในต่างประเทศได้ If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น

Reason (A) - The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

เหตุผล (บี) - ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

Reason (B) - You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)

เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้ เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

Reason (C) - Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

ส่วนที่ 2.2 การรับรองคำแถลงและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

Declaration and Change of Status

1. ถ้อยคำทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่ท่านทราบ

All statements you made in this form are, to the best of your knowledge, correct and complete.

2. ท่านเป็นผู้ถือบัญชี (หรือเป็นผู้มีอำนาจลงนามในฐานะผู้ถือบัญชี) ในกรมธรรม์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้

You are the policyholder (or are authorised to sign for the policyholder) of all the policy(ies) to which this form relates.

3. ท่านเข้าใจว่าข้อมูลที่ท่านให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้อยู่ภายใต้นโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) <https://www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html> ซึ่งอาจมีการใช้หรือเปิดเผยข้อมูลของท่านได้

You understand that the information provided by you is covered by the Privacy Policy <https://www.chubb.com/th-en/footer/%20chubblife-privacy-notice.html> setting out how Chubb Life Assurance Public Company Limited (“the Company”) may use and share the information provided by you.

4. ท่านรับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับท่านและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่น ๆ ที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน

You acknowledge that the information contained in this form and information regarding you and any Reportable Account(s) may be provided to exchange with tax authorities of another country(ies) / jurisdiction(s) in which you may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

5. ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสถานะของถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่านตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ให้ไว้กลายเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง โดยจะแจ้งปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันต่อบริษัทภายใน 30 วันหลังจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

You will advise the Company of any change in circumstances which affects your tax residency status declared in this form or causes the information contained herein to become incorrect, and to provide the Company with a suitably updated self-certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.

ลายมือชื่อผู้รับโอนสิทธิ.....

Assignee Signature

วันที่ / Date.....