

สัญญาโอนสิทธิตามกรมธรรม์

ทำที่

วันที่

ข้าพเจ้า ในฐานะผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตาม
กรมธรรม์เลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้โอนสิทธิ” มีความประสงค์ขอโอนสิทธิในกรมธรรม์ตามเอกสารนี้
และเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย โดยขอโอนสิทธิเรียกร้องดังต่อไปนี้

- เงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์
- การเวนคืนกรมธรรม์
- เงินปันผลตามกรมธรรม์
- เงินครบกำหนดสัญญา
- การกู้เงินตามกรมธรรม์

ให้แก่..... วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี บัตรประชาชน/หนังสือ
เดินทางเลขที่..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับโอนสิทธิ” ความสัมพันธ์กับผู้โอนสิทธิ

อาชีพ..... ลักษณะอาชีพ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล์.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

สถานที่ทำงาน..... เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โดยการโอนสิทธิตามกรมธรรม์ระหว่างผู้โอนสิทธิกับผู้รับโอนสิทธิ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1) ผู้รับโอนสิทธิจะต้องเป็นผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์
- 2) กรณีผู้รับโอนสิทธิถึงแก่กรรมก่อนผู้โอนสิทธิ สิทธิเรียกร้องข้างต้นจะถูกโอนกลับคืนไปยังผู้โอนสิทธิ

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิได้ตกลงโอนสิทธิและรับโอนสิทธิ พร้อมทั้งตกลงตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นทุกประการ โดยให้มีผลนับตั้งแต่วันที่ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในฐานะผู้รับประกันภัย ได้ตกลงร่วมกันด้วยแล้ว

สำหรับผู้รับโอนสิทธิ

1. การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าผู้รับโอนสิทธิยินยอมให้ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ ประกันภัย การดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย และ/หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปีนับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ไว้เป็นอย่างอื่น และข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอให้โอนข้อมูล ขอให้แก้ไข ขอให้ลบ ทำลาย ขอคัดค้าน หรือ ขอระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนกรณีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลได้ ตามที่พร.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 กำหนด โดยข้าพเจ้าได้ศึกษา นโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> เป็นอย่างดีแล้ว การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือ ร้องขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด สามารถติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ณ สำนักงานใหญ่ของบริษัท ดังอยู่เลขที่ 2922/222-227 อาคารชาเลนเจอร์สระทาวเวอร์ 2 ชั้น 15 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

**2. การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่ง
ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของ
ผู้รับโอนสิทธิ**

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หรือ)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่
 ไม่เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ เป็น กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....วันหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่
 (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

2. คำรับรอง

1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

2) ข้าพเจ้าทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3) และ 4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้าผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิได้อ่านและทำความเข้าใจโดยละเอียดตลอดแล้ว รับรองว่าเป็นความจริง และถูกต้องตรงตามเจตนาทุกประการ จึง ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้โอนสิทธิ/ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ.....ผู้รับโอนสิทธิ
 (.....)
 (.....)

ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ..... พยาน
 (.....)
 (.....)

บันทึกสำหรับเจ้าหน้าที่

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ.....

ลงชื่อ

วันที่