

บันทึกข้อตกลงการโอนสิทธิเรียกร้อง

วันที่...../...../.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ตามที่ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ต.รอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ จะเรียกว่า “ผู้โอน” ได้ทำบันทึกข้อตกลงการโอนสิทธิเรียกร้องจำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
("กรมธรรม์ประกันภัย") ซึ่งออกโดย บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) ("บริษัทฯ") ให้แก่ข้าพเจ้า ในฐานะผู้เอาประกันภัย ให้แก่

บุคคลธรรมดา

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

นิติบุคคล (ให้แนบสำเนาและเซ็นสตรับรองเอกสารถูกต้องพร้อมประทับตราบริษัทตามเอกสารด้านล่างจำนวน 2 ชุด)

ที่อยู่ผู้รับโอน (โปรดระบุ)..... อยู่บ้าน เลขที่..... ต.รอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ จะเรียก “ผู้รับโอน” โดยมีข้อกำหนด ดังนี้

1. ผู้โอนตกลงโอน และผู้รับโอนตกลงรับโอนสิทธิเรียกร้องผลประโยชน์ทั้งสิ้นในจำนวนเงินที่เอาประกันภัยไว้ทั้งหมดโดยสมบูรณ์ และชอบด้วยกฎหมาย รวมถึงสิทธิเรียกร้องโดยประการอื่นๆ ของผลประโยชน์อื่นใดอันพึงได้รับภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย หรือการเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพิ่มเติมกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งมีอยู่ในขณะทำบันทึกข้อตกลงนี้ และ/หรือจะมีในอนาคตก็ตาม เช่น มูลค่าเวนคืนเงินสดตามกรมธรรม์ เงินคืนตามเงื่อนไข หรือเงินปันผลจำนวนใดๆ ที่ (ถ้ามี) ทั้งนี้ ใหยกเว้นผลประโยชน์ใดๆ ซึ่งผู้เอาประกันภัยพึงได้รับการจ่ายค่าชดเชยตามสัญญาเพิ่มเติมที่แนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัย เช่น ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล หรือค่าชดเชยรายวันจากการเข้ารักษาในโรงพยาบาล หรือค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. นับตั้งแต่ทำบันทึกข้อตกลงนี้เป็นต้นไป ผู้โอนตกลงว่าจะไม่กระทำหรือก่อให้เกิดการกระทำใดๆ ที่จะส่งผลให้เป็นการลบล้าง หรือทำให้ผู้รับโอนไม่ได้รับหรือถูกตัดสิทธิในการได้รับเงินใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้น
3. คู่สัญญาตกลง และรับทราบว่าการรับเงินของผู้รับโอนตามสิทธิเรียกร้องอันสืบเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้นจนครบถ้วน ถือว่ามีผลประโยชน์โดยสมบูรณ์ และชอบด้วยกฎหมาย เช่นเดียวกับ บริษัทฯ ได้ชำระให้แก่ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัย ฉบับนี้ และเป็นการปลดปล่อยบริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) จากความรับผิดชอบและภาระผูกพันใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้นซึ่งได้จ่ายเงินแล้วนั้น ทั้งสิ้นในทันที
4. คู่สัญญาตกลงให้สิทธิเรียกร้องตามบันทึกข้อตกลงนี้เป็นอันสิ้นสุดเมื่อผู้รับโอนได้ทำหนังสือยกเลิกการโอนสิทธิเรียกร้องนี้ให้แก่ผู้โอน หรือผู้รับโอนเสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกับผู้โอน
5. เมื่อบันทึกข้อตกลงนี้สิ้นสุดลง หรือถูกยกเลิกด้วยประการใดๆ ก็ตาม คู่สัญญาทุกฝ่ายตกลงให้ผู้โอนในฐานะผู้เอาประกันภัยมีสิทธิ และหน้าที่ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยฉบับข้างต้นเหมือนเดิมทุกประการ
6. ข้อตกลงดังกล่าวจะมีผลสมบูรณ์เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ และสลักหลังกรมธรรม์เพื่อเป็นหลักฐาน

บันทึกข้อตกลงนี้ผู้โอนและผู้รับโอนได้อ่านข้อความในบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้วรับรองว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานและนำส่งบริษัทเพื่อตรวจสอบลงนามรับทราบเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ
(.....)
ผู้เอาประกันภัย / ผู้โอน

ลงชื่อ
(.....)
ผู้รับโอน / ผู้รับมอบอำนาจแทนนิติบุคคล

**กรณีนิติบุคคล ผู้ลงนามผู้รับโอนเป็นกรรมการผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ และโปรดประทับตราบริษัทฯ

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน(ตัวแทน)
(.....)

ผู้โอนขอออกกล่าวการโอนสิทธิเรียกร้องมายัง สำนักงานใหญ่ของ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) เพื่อทราบ ทั้งนี้ บริษัทฯ ขอให้ความยินยอมในการโอนสิทธิเรียกร้องภายใต้ข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้นในบันทึกข้อตกลงนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....
(.....)

บริษัทฯ / นายทะเบียน

แบบรายการที่ผู้รับโอนสิทธิต้องแสดงตนเพิ่มเติม (KYC)

1. อาชีพแหล่งที่มาของรายได้

1.1 อาชีพ

- อาชีพค้าอัญมณี เพชรพลอย ทองคำ หรือเครื่องประดับที่ประดับด้วย อัญมณี เพชรพลอย หรือทองคำ
- อาชีพค้าของเก่าตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการขายทอดตลาดและค้าของเก่า
- อาชีพรับแลกเปลี่ยนเงินตราทั้งนิติบุคคลและบุคคลธรรมดา
- อาชีพที่ให้บริการโอนและรับโอนมูลค่าเงินทั้งภายในประเทศและข้ามประเทศ ซึ่งไม่ใช่สถาบันการเงิน
- อาชีพประกอบธุรกิจคาลิโนหรือปอนการพนัน
- อาชีพประกอบธุรกิจสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ
- อาชีพค้าอาวุธยุทธภัณฑ์
- อาชีพบริษัทหรือนายหน้าจัดหางาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับคนเข้ามาทำงานจากต่างประเทศหรือส่งคนไปทำงานในต่างประเทศ
- อาชีพธุรกิจนำเข้า เกี่ยว บริษัททัวร์
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)

1.2 แหล่งที่มาของรายได้

- เงินเดือน จำนวน.....บาท/เดือน รายได้อื่นๆ จำนวน.....บาท/เดือน
- รายได้มาจากประเทศ.....

2. ผู้รับประโยชน์ที่แท้จริงในการทำธุรกรรม / การทำสัญญา

- เพื่อตนเอง
- บุคคลอื่น ชื่อ-สกุล.....
- บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่.....
- ความสัมพันธ์กับผู้รับโอนสิทธิ (ระบุ).....

3. ข้อมูลอื่น ๆ

- 3.1 ผู้รับโอนสิทธิ และ/หรือคู่สมรสเป็นนักการเมืองหรืออดีตนักการเมืองใช่หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่
- ถ้ามี กรุณาระบุตำแหน่งทางการเมือง / ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง
-

- 3.2 ผู้รับโอนสิทธิ เคยการกระทำความผิดตามกฎหมายฟอกเงินในช่วง 3 ปีที่ผ่านมานับแต่วันที่ขอรับบริการที่ปรึกษาทางการเงิน หรือไม่
- เคย ไม่เคย

3.3 ความสัมพันธ์กับประเทศสหรัฐอเมริกา

- ผู้รับโอนสิทธิ มีสัญชาติอเมริกันใช่หรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุ.....
- ผู้รับโอนสิทธิ ถือ Green Card หรือไม่ ไม่มี มี เคยมีและสิ้นผลบังคับแล้ว
- ผู้รับโอนสิทธิ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่
- ไม่มี มี

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้แก่บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นจริงทุกประการ

ลายมือชื่อ.....ผู้รับโอนสิทธิ

()

วันที่.....

เอกสารที่ใช้ประกอบ

- บุคคลธรรมดา**
- บันทึกข้อตกลงการโอนสิทธิเรียกร้องเงินสด จำนวน 2 ฉบับ โดยลงนามให้ครบทั้งผู้โอน, ผู้รับโอน และพยานทั้ง 2 ท่าน
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนรับรองเอกสารถูกต้อง ของผู้โอนจำนวน 2 ฉบับ และ ผู้รับโอนจำนวน 2 ฉบับ
- นิติบุคคล**
- บัตรประชาชนของกรรมการผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคล
 - หนังสือการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล
 - หนังสือการประชุมนิติบุคคล(ระบุการโอนสิทธิเรียกร้อง)