

# ใบนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ร่วมเอาประกันภัย



\*\*\*สำหรับตัวแทน/นายหน้า\*\*\*

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า.....รหัสตัวแทน/นายหน้า.....โทรศัพท์.....  
ชื่อหน่วย/สังกัด.....สาขา.....โทรสาร.....  
กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้ร่วมเอาประกันภัย.....  
ชื่อผู้ชำระเบี้ย.....  
ลายมือชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า.....วันที่ (วัน/เดือน/ปี).....

## เรียน ผู้รับประโยชน์ / ผู้เรียกร้องสินไหมทดแทน

ขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของคุณในครั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็ว กรุณาจัดเตรียมเอกสารตามนี้พร้อมทั้งกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย  ลงใน  เฉพาะรายการที่จัดส่งมา

### กรณีการเสียชีวิตธรรมดา (การเจ็บป่วย)

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (กรุณากรอก 1 แบบฟอร์ม ต่อ 1 ผู้รับประโยชน์)
- 2. ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา
- 3. สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้อง
- 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต รับรองสำเนาถูกต้อง
- 5. สำเนากะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ที่ระบุจำหน่าย "ตาย" รับรองสำเนาถูกต้อง
- 6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง
- 7. สำเนากะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง
- 8. รูปถ่ายหน้าตรงผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชน\*
- 9. แบบฟอร์มการรับรองสถานะ คำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน
- 10. เอกสารแสดงยอดหนี้สินค้างชำระของผู้เอาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นเจ้าของในนามธนาคารหรือสถาบันการเงิน)
- 11. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ ลงลายมือชื่อโดยผู้รับประโยชน์ จำนวน 3 ฉบับ
- 12. อื่นๆ โปรดระบุ (หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส ฯลฯ).....

หมายเหตุ: สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์  
\*กรณีที่ผู้รับประโยชน์ยื่นเอกสารเรียกร้องสินไหมผ่านตัวแทน/นายหน้าที่ให้บริการ / สาขาหรือสำนักงานใหญ่ขอไม่ต้องส่งเอกสารข้อ 8 รูปถ่ายหน้าตรงผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชน

### กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือสาเหตุอื่น เอกสารตั้งแต่ข้อที่ 1-11 ดังกล่าวข้างต้นและให้จัดส่งเพิ่มเติมเอกสารต่อไปนี้

- 13. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพและ/หรือสำเนารายงานการผ่าพิสูจน์ศพ (ถ้ามี) ซึ่งรับรองถูกต้องโดยนายตำรวจยศสัญญาบัตร หรือแพทย์ชันสูตร
- 14. สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้อง

### กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

- 15. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่ บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

### การจัดส่งเอกสาร

คุณสามารถจัดส่งเอกสารข้างต้นทางอีเมลได้ที่ customer.th@fwd.com, ส่งผ่านสาขาของเอฟดับบลิวดีได้ทุกประเทศ หรือส่งโดยตรงมายังบริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหม อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14 เลขที่ 130 - 132 ถ.วิทญู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

### สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้นำส่ง.....ผู้รับเอกสาร.....  
วันที่นำส่งเอกสาร.....วันที่รับเอกสาร.....

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 130 - 132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29  
ถนนวิทญู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th



ชื่อผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี  
 ที่อยู่.....อาชีพ.....

1. ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด	.....
2. 2.1 ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด	2.1 .....
2.2 การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ	2.2 .....
3. 3.1 ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่	3.1 .....
3.2 ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร	3.2 .....
3.3 วันแรกที่ท่านเยี่ยมคนไข้	3.3 .....
3.4 วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมคนไข้	3.4 .....
4. 4.1 สถานที่ที่เสียชีวิต	4.1 .....
4.2 วันที่เสียชีวิต	4.2 .....
5. 5.1 สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ	5.1 .....
5.2 โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิต เป็นมานานเท่าใด	5.2 .....
5.3 ตามความเห็นของท่าน โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด	5.3 .....
6. ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด	.....
7. เป็นเวลานานเท่าใดผู้เสียชีวิตต้องพักอยู่บ้านหรือต้องละทิ้งหน้าที่การทำงาน	.....
8. มีเหตุพิเศษใดๆ ไม่ว่าจะเป็นเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือไม่ที่ทำให้เสียชีวิต อันเนื่องมาจากนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย ของผู้เสียชีวิต	.....
9. 9.1 ผู้เสียชีวิตถึงแก่กรรมเนื่องจากการฆ่าตัวตายหรือไม่	9.1 .....
9.2 ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่/ถ้ามี วัตถุประสงค์เป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือไม่	9.2 .....
9.3 มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ)	9.3 .....
9.4 มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ)	9.4 .....
9.5 มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้เสียชีวิตถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ อาชีพ หรือที่พักอาศัย	9.5 .....
10. ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหาเลือดโรคเอดส์หรือไม่ ถ้าตรวจ ผลการตรวจเป็นอย่างไร	.....
11. การเสียชีวิตครั้งนี้มีการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ	.....

กรุณาระบุชื่อและที่อยู่ของนายแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลป์อื่นๆ ตามที่ท่านทราบ ซึ่งได้รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระยะเวลาสามปีที่ผ่านมา

ชื่อ	ที่อยู่	โรคหรืออาการและวันที่พบแพทย์
.....	.....	.....
.....	.....	.....

ข้าพเจ้า นพ. / พญ.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....คุณวุฒิ.....  
 ประจำโรงพยาบาล / สถานพยาบาล.....ที่อยู่.....  
 .....หมายเลขโทรศัพท์.....วันที่ตรวจ.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ.....แพทย์  
 (.....)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี ในฐานะที่เป็น  
ทายาทโดยธรรม/ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ.....  
ผู้เอาประกันภัยซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้เสียชีวิต” ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เป็นผู้ที่มีอำนาจในการขอคัด  
หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอกซเรย์  
การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ รวมถึงเอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้องของผู้เสียชีวิตตามทางการแพทย์รวมทั้ง  
รายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัย ทุกแห่งที่ผู้เสียชีวิตเข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติ  
และเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตจากบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ และดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องได้จนเสร็จการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้แพทย์ และ/หรือบุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย  
บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของผู้เสียชีวิต ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง  
ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของผู้เสียชีวิตจากทาง**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**  
หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้า และ/หรือผู้เสียชีวิตไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ  
จากแพทย์ และ/หรือบุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าวซึ่ง  
เป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่ง  
หนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายและให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ  
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

# แบบฟอร์ม: การรับรองสถานะ FATCA บุคคลธรรมดา



ชื่อและนามสกุลของผู้รับประโยชน์..... กรมธรรม์เลขที่.....  
 บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....

## การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

### 1. การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
 ไม่มี  มี โปรดระบุ  
 ถือสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่  
 ไม่เป็น  เป็น  เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ  
กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
 ไม่มี  มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  
 ไม่มี  มี

### 2. คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....  
(.....)

บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

# แบบฟอร์ม: การรับรองสถานะ FATCA นิติบุคคล



กรณสรรมเลขที่.....

ชื่อผู้รับประโยชน์ (นิติบุคคล):  บจก.  หจก.  หสน.....ชื่อนิติบุคคล.....

โดย กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

ชื่อและนามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ.....  หนังสือเดินทาง เลขที่.....วันหมดอายุ.....

การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

## 1. การรับรองสถานะ สำหรับสถาบันการเงินภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ที่มี GIIN

หมายเลข GIIN ของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) (ถ้ามี)

ประเทศที่จดทะเบียน หรือ จัดตั้ง

เลขทะเบียนนิติบุคคล

### สถานะของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

#### นิติบุคคลอเมริกัน

1. ข้าพเจ้า (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลอเมริกัน (นิติบุคคลที่จดทะเบียนในประเทศสหรัฐอเมริกา) ใช่หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

หาก “ใช่” ในข้อ 1. โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-9 ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถามในกรณี “ไม่ใช่” ในข้อ 1. ให้ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตอบคำถามเพิ่มเติมในข้อ 2. และ 3.

#### สถาบันการเงิน / นิติบุคคลที่มีรายได้หลักมาจากการลงทุน

2. ข้าพเจ้า (นิติบุคคล) เป็นสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ใช่หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

สถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA เช่น 1. สถาบันเงินฝาก (ธนาคาร หรือกิจการที่คล้ายคลึงกัน) 2. สถาบันให้บริการถือสินทรัพย์แทน (Custodial Institution) 3. นิติบุคคลเพื่อการลงทุน (เช่น นายหน้าค้าหลักทรัพย์ ผู้จัดการการลงทุน และกองทุนต่างๆ เป็นต้น) 4. บริษัทประกันชีวิต 5. นิติบุคคลผู้ถือหุ้นของสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA และ 6. ศูนย์จัดการเงินลงทุน (Treasury center) เป็นต้น

3. ข้าพเจ้า (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ (เช่น ดอกเบี้ย หรือเงินปันผล) หรือจากการลงทุนอื่น (เช่น ค่าเช่า หรือค่าลิขสิทธิ์) ซึ่งมิได้มาจากการดำเนินธุรกิจตามปกติตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของรายได้รวมหรือมีสินทรัพย์ที่บริษัทมีไว้เพื่อนำไปลงทุนตามที่กล่าวมาตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวมในรอบบัญชีปีล่าสุด  ไม่ใช่  ใช่

ตอบ “ไม่ใช่” หากเป็นนิติบุคคลตามข้อ 1) หรือ 2)

1) องค์กร/หน่วยงานรัฐบาลที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรระหว่างประเทศ หรือธนาคารกลาง เป็นต้น

2) นิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงินที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA (Exempted NFFE) เช่น บริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ นิติบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร สมาคม มูลนิธิ นิติบุคคลใหม่ที่ตั้งจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน เป็นต้น

หากตอบว่า “ใช่” ในข้อ 2. หรือ 3. โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN-E ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม

## 2. คำรับรอง

- ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับทราบว่ามี **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”)** มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับทราบว่ามีบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ผู้รับประโยชน์ (นิติบุคคล)

กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 130 - 132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29

ถนนวิฑู แขวงจุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th