

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

การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

1. การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกา และยังไม่ได้สละความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือ มีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่เป็น เป็น

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่มี มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้รับประโยชน์ หรือทายาทของผู้เอาประกันภัยมีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าวเพื่อแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....
 (.....)

บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์