

ใบนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม สำหรับผู้เอาประกันภัยหรือผู้ชำระเบี้ย



สำหรับตัวแทน

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน.....รหัสตัวแทน.....โทรศัพท์.....

ชื่อหน่วย.....สาขา.....โทรสาร.....

กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อผู้ชำระเบี้ย.....

เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทฯ ขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็ว กรุณากรอกเอกสารแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย เฉพาะรายการที่จัดส่งมา

กรณีการเสียชีวิตธรรมดา (การเจ็บป่วย)

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม
- 2. ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา
- 3. สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้อง
- 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต รับรองสำเนาถูกต้อง
- 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ที่ระบุจำหน่าย "ตาย" รับรองสำเนาถูกต้อง
- 6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง
- 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง
- 8. แบบฟอร์มการรับรองสถานะ คำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน
- 9. กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุแบบพีเอ พร้อมบัตรเคร์การ์ด
- 10. เอกสารแสดงยอดหนี้สินค้างชำระของผู้เอาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นเจ้าของนี้ในนามธนาคารหรือสถาบันการเงิน)
- 11. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ ลงลายมือชื่อโดยผู้รับประโยชน์ จำนวน 3 ฉบับ
- 12. อื่นๆ โปรดระบุ (หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส ฯลฯ).....
หมายเหตุ: สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือสาเหตุอื่น เอกสารตั้งแต่ข้อที่ 1-11 ดังกล่าวข้างต้นและให้จัดส่งเพิ่มเติมเอกสารต่อไปนี้

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

กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

- 15. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่ บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

การจัดส่งเอกสาร

ท่านสามารถจัดส่งเอกสารดังกล่าวผ่านสาขาของบริษัทฯ ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ หรือส่งโดยตรงมายังบริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหม ชั้น 14 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 เลขที่ 130 - 132 ถนนวิภาวดี แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ผู้นำส่ง.....ผู้รับเอกสาร.....

วันที่นำส่งเอกสาร.....วันที่รับเอกสาร.....

แบบฟอร์ม: การเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมของ ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย



1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี เป็นผู้เอาประกันภัย เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
กรรมกรรณเลขที่.....ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....สัญชาติ.....
ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสาร เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....
ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

3. ท่านต้องการรับสินไหมโดยวิธี

- จ่ายเป็น เช็คหรือดราฟ ส่งตามที่อยู่ระบุข้างต้น
 จ่ายโดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

* สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตควมการลงทุน หน่วยลงทุนจะถูกขาย ณ วันทำการ⁽¹⁾ วันแรกถัดจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารการเรียกร้องสินไหมครบถ้วน และอนุมัติผลการพิจารณาสินไหมแล้ว ภายใน 16.00 น. (ในกรณีไม่เกิน 16.00 น ให้ถือเป็นวันทำการถัดไป)

⁽¹⁾ วันทำการ หมายถึง วันเปิดทำการปกติของบริษัท และเป็นวันเปิดทำการซื้อขายกองทุนด้วย

4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรดกกรรม

ผู้เอาประกันภัยได้พูดถึงอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรก เมื่อวันที่.....
อาการที่สังเกตเห็น.....
ผู้เอาประกันภัยไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งล่าสุด เมื่อวันที่.....
ชื่อแพทย์ / สถานพยาบาลที่ไปพบ.....

5. ชื่อแพทย์และที่อยู่ หรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับ วันเริ่มสัญญาหรือก่อนหน้านั้น

ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา

6. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	หมายเลขกรมธรรม์	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์ ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์กรหรือบุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ เปิดเผยแพร่รายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัทเอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายได้อันหนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม วันที่.....

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. มีเหตุผลพิเศษใดๆ 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
(.....)

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

กรมธรรม์เลขที่.....

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

1.1 ข้าพเจ้าเป็นนิติบุคคลที่เป็นเจ้าของผลประโยชน์ที่ได้รับการยกเว้น (Exempt Beneficial Owner) หรือสถาบันการเงินที่ถือว่าปฏิบัติตาม FATCA แล้ว (Deemed-compliant FFI) เช่น รัฐบาลต่างชาติหรือองค์กรของรัฐบาลต่างชาติ องค์กรระหว่างประเทศหรือตัวแทนขององค์กร ธนาคารแห่งประเทศไทย กองทุนเกษียณอายุที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA บริษัทลงทุนที่เจ้าของผลประโยชน์ทั้งหมดเป็นเจ้าของผลประโยชน์ที่ได้รับการยกเว้น เป็นต้น

ไม่ใช่ ใช่ (ถ้า ใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W-8BEN-E ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติมและไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)

1.2 ข้าพเจ้าเป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งหรือจดทะเบียนในสหรัฐอเมริกาหรือภายใต้กฎหมายหรือกฎระเบียบของสหรัฐอเมริกา ใช่ หรือ ไม่

ไม่ใช่ ใช่ (ถ้า ใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W-9 ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม และไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)

1.3 ข้าพเจ้าเป็นนิติบุคคลซึ่งเป็นสถาบันการเงินตามที่ระบุไว้ภายใต้กฎหมาย FATCA เช่น สถาบันรับฝากเงิน (ธนาคารหรือกิจการที่คล้ายคลึงกัน) สถาบันการเงินซึ่งให้บริการถือสินทรัพย์แทน (Custodian Institute) นิติบุคคลที่ดำเนินกิจการเกี่ยวกับการลงทุน (เช่น นายหน้าค้าหลักทรัพย์ ผู้จัดการเกี่ยวกับการลงทุน และกองทุนต่างๆ เป็นต้น) หรือ บริษัทประกันชีวิต ใช่ หรือ ไม่

ไม่ใช่ ใช่ (ถ้า ใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W-8BEN-E ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม และไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)

1.4 ข้าพเจ้าเป็นนิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงินตามที่ระบุไว้ภายใต้กฎหมาย FATCA ที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ เช่น ดอกเบี้ย เงินปันผล หรือจากการลงทุนอื่น เช่น ค่าเช่าและค่าลิขสิทธิ์ ซึ่งไม่ได้มาจากการทำธุรกิจตามปกติ หรือรายได้อื่นที่มีลักษณะเดียวกัน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของรายได้รวม หรือมีสินทรัพย์ที่ข้าพเจ้ามีไว้เพื่อการลงทุนให้เกิดรายได้ในรูปแบบข้างต้น ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวม (Passive NFFE) ในรอบบัญชีที่ผ่านมา ใช่ หรือ ไม่

ไม่ใช่ ใช่ (ถ้า ใช่ กรุณาตอบ แบบฟอร์ม W-8BEN-E ของกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม และไม่ต้องตอบคำถามข้ออื่นอีก)

ให้ตอบ "ไม่ใช่" ในข้อ 1.4 หากท่านเป็นนิติบุคคลดังต่อไปนี้

เป็นนิติบุคคลซึ่งไม่ใช่สถาบันการเงินตามที่ระบุไว้ภายใต้กฎหมาย FATCA และมีรายได้จากการทำธุรกิจตามปกติ (Active Income) เป็นรายได้หลัก (Active NFFE) เช่น บริษัทจดทะเบียนในบริษัทหลักทรัพย์ นิติบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร สมาคม มูลนิธิ นิติบุคคลใหม่ที่ตั้งจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน เป็นต้น

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท)** อาจมีข้อมูลผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในกรณีนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว เพื่อแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับประโยชน์ (นิติบุคคล)

กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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

ถนนวิทย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th