

กรมธรรม์เลขที่.....

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

โดย กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

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

ประเทศที่จดทะเบียน หรือ จัดตั้ง..... เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ.....  หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....**ส่วนที่ 1 : การแถลงถิ่นที่อยู่ทางภาษี**

ประเภทนิติบุคคล : สถาบันการเงิน/ นิติบุคคล (ที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน) ที่มีรายได้ทางตรงเป็นรายได้หลัก/ นิติบุคคล (ที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน) ที่มีรายได้ทางอ้อมเป็นรายได้หลัก

**โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับประเภทนิติบุคคล** 1.1 ลูกค้าเป็นสถาบันการเงินภายใต้ข้อกำหนดของ CRS

หากเลือก 1.1 โปรดเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง

 1.1.1 เป็นหน่วยที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการลงทุนที่ไม่ได้อยู่ในรัฐคู่สัญญาและบริหารโดยสถาบันการเงินผู้มีหน้าที่ต้องรายงานตามข้อกำหนดของ CRSหากท่านเลือกข้อ 1.1.1 โปรดระบุจำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมทั้งหมดของนิติบุคคลในข้อ 1.4 และกรอกข้อมูลของผู้มีอำนาจควบคุมในแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมตาม CRS (ติดต่อขอแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมได้ที่ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต หรือดาวน์โหลดที่เว็บไซต์ [www.fwd.co.th](http://www.fwd.co.th)) 1.1.2 เป็นหน่วยที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการลงทุนอื่นนอกเหนือจากข้อ 1.1.1 1.1.3 เป็นสถาบันการเงินประเภท - สถาบันที่รับฝากเงิน สถาบันผู้รับฝากหลักทรัพย์ บริษัทประกันที่กำหนด 1.2 ลูกค้าเป็นนิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน (Active NFE)

หากท่านเลือกข้อ 1.2 โปรดเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง

 1.2.1 Active NFE – เป็นบริษัทที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์ หรือ เป็นบริษัทในเครือของบริษัทที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์

หากท่านเลือกข้อ 1.2.1 โปรดระบุชื่อตลาดหลักทรัพย์ที่ซื้อขายหุ้น:.....

หากท่านเป็นบริษัทในเครือของบริษัทที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์ โปรดระบุชื่อบริษัทในเครือของท่านที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์:.....

 1.2.2 Active NFE – เป็นหน่วยงานราชการ หรือ ราชการกลาง 1.2.3 Active NFE – เป็นองค์กรระหว่างประเทศ 1.2.4 Active NFE – อื่นๆนอกเหนือจากข้อ 1.2.1-1.2.3 เช่น start-up NFE, นิติบุคคล (รวมสมาคม มูลนิธิ) ที่ไม่แสวงหากำไร, นิติบุคคลใหม่ที่เริ่มจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน, นิติบุคคลที่อยู่ระหว่างการชำระบัญชีหรืออยู่ในกระบวนการล้มละลายหรืออยู่ระหว่างปรับโครงสร้างก่อนจะเริ่มดำเนินการใหม่, นิติบุคคลที่สัดส่วนของรายได้และทรัพย์สินไม่ได้เป็นตามข้อ 1.3, นิติบุคคล ที่เป็น Holding company ของบริษัทในเครือซึ่งไม่มีบริษัทใดเป็นสถาบันการเงินตามนิยามของ CRS เป็นต้น 1.3 Passive NFE – ลูกค้าเป็นนิติบุคคลที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ เช่น ดอกเบี้ย เงินปันผล ค่าเช่า ค่าลิขสิทธิ์ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของรายได้รวม หรือมีสินทรัพย์ที่สามารถนำไปลงทุนในหลักทรัพย์ได้ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวมในรอบบัญชีปีล่าสุดหากท่านเลือกข้อ 1.3 โปรดระบุจำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมทั้งหมดของนิติบุคคลในข้อ 1.4 และกรอกข้อมูลของผู้มีอำนาจควบคุมในแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมตาม CRS (ติดต่อขอแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมได้ที่ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต หรือดาวน์โหลดที่เว็บไซต์ [www.fwd.co.th](http://www.fwd.co.th)) 1.4 จำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมของนิติบุคคล (ผู้มีอำนาจควบคุม มีจำนวนทั้งหมด..... คน)

“ผู้มีอำนาจควบคุม” หมายถึง บุคคลธรรมดาที่มีสิทธิในความเป็นเจ้าของในสัดส่วนที่ควบคุมนิติบุคคลได้ (เช่น ไม่น้อยกว่า 10%) ในกรณีที่ไม่มีอำนาจกำหนดผู้มีอำนาจควบคุมตามสิทธิในความเป็นเจ้าของได้ให้ถือว่าบุคคลธรรมดาที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของนิติบุคคลเป็นผู้มีอำนาจควบคุมตามนิยามของ CRS ทั้งนี้ ใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาเดียวกันกับ “ผู้ได้รับประโยชน์ที่แท้จริง” ตาม FATF Recommendations หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 6 อาคารโอเนสตาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6

แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

[fwd.co.th](http://fwd.co.th)

กรมธรรม์เลขที่.....

## ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

## กรุณากรอกข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้ :

“ถิ่นที่อยู่ทางภาษี” หมายถึง ประเทศ/เขตปกครองที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศ/เขตปกครองนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศ/เขตปกครองนั้น และ/หรือประเทศ/เขตปกครองอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ ที่ตั้งอันเป็นศูนย์กลางและควบคุมนิติบุคคล ที่มีนิติบุคคลจดทะเบียนจัดตั้ง หรือ โดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ

ประเทศ/เขตปกครอง ถิ่นที่อยู่ทางภาษี	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค	หากท่านเลือกเหตุผล ข โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้

เหตุผล (ก) – ประเทศ/เขตปกครองที่ผู้รับประโยชน์มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยอยู่ในประเทศ/เขตปกครองนั้น

เหตุผล (ข) – ผู้รับประโยชน์ยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศ/เขตปกครองนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

เหตุผล (ค) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศ/เขตปกครองนั้นไม่ได้บังคับจัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

## ส่วนที่ 2 : การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะและความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันธหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร (กฎหมาย CRS)
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับประโยชน์ (นิติบุคคล)

กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

## บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 6 อาคารไอเอสทาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6

แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

fwd.co.th