ใบนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ร่วมเอาประกันภัย

FWD insurance

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 / ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม

เอฟดับบลิวดีขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของคุณในครั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็ว กรุณาจัดเตรียมเอกสารตามที่ระบุดังต่อไปนี้ พร้อมทั้งกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ เฉพาะรายการที่จัดส่งมา

กรณีการเสียชีวิตธรรมดา (การเจ็บป่วย)

☐ 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (กรุณากรอก 1 แบบฟอร์ม ต่อ 1 ผู้รับประโยชน์)

☐ 2. ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา

☐ 3. สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้อง

☐ 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต รับรองสำเนาถูกต้อง

☐ 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ที่ระบุจำหน่าย “ตาย” รับรองสำเนาถูกต้อง

☐ 6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง

☐ 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง

☐ 8. รูปถ่ายหน้าตรงผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชน*

☐ 9. แบบฟอร์มการรับรองสถานะ คำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของ**ผู้รับประโยชน์ทุกท่าน**

☐ 10. แบบแถลงถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดาของ**ผู้รับประโยชน์ทุกท่าน**

☐ 11. เอกสารแสดงยอดหนี้สินค้างชำระของผู้เอาประกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นเจ้าหนี้ในนามธนาคารหรือสถาบันการเงิน)

☐ 12. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ ลงลายมือชื่อโดยผู้รับประโยชน์ จำนวน 3 ฉบับ

☐ 13. อื่นๆ โปรดระบุ (หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส ฯลฯ).....

หมายเหตุ: สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

*กรณีที่ผู้รับประโยชน์ยื่นเอกสารเรียกร้องสินไหมผ่านตัวแทน/นายหน้าที่ให้บริการ / สาขาหรือสำนักงานใหญ่เอฟดับบลิวดี ไม่ต้องส่งเอกสารข้อ 8 รูปถ่ายหน้าตรงผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชน

กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือสาเหตุอื่น เอกสารตั้งแต่ข้อที่ 1-13 ดังกล่าวข้างต้นและให้จัดส่งเพิ่มเติมเอกสารต่อไปนี้

☐ 14. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพและ/หรือสำเนารายงานการผ่าพิสูจน์ศพ (ถ้ามี) ซึ่งรับรองถูกต้องโดยนายตำรวจยศสัญญาบัตร หรือแพทย์ชันสูตร

☐ 15. สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

☐ 16. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (กรณีไม่ใช่ บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง)

การจัดส่งเอกสาร

คุณสามารถจัดส่งเอกสารข้างต้นทางอีเมลได้ที่ OP_ClaimAdmin.th@fwd.com, ส่งผ่านสาขาของเอฟดับบลิวดีได้ทั่วประเทศ หรือส่งโดยตรงมายังบริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหม อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14 เลขที่ 130 – 132 ถ.วิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้นำส่ง..... ผู้รับเอกสาร.....

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

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

แบบฟอร์ม: การเรียกร้องสินไหมมรณกรรม ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ร่วมเอาประกันภัย

1 แบบฟอร์ม ต่อ 1 ผู้รับประโยชน์เท่านั้น

1. ข้อมูลผู้เสียชีวิต

ชื่อผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี ☐ เป็นผู้เอาประกันภัย ☐ เป็นผู้ร่วมเอาประกันภัย ☐ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่.....

2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรณกรรม

ชื่อ – สกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....*หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสาร เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต.....

คุณเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ใช้สิทธิในฐานะ.....

3. ท่านต้องการรับสินไหมโดยวิธี

☐ จ่ายโดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

☐ จ่ายเป็นดราฟต์ (ตั๋วแลกเงิน) ส่งตามที่อยู่ที่ระบุข้างต้น

* สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน หน่วยลงทุนจะถูกขาย ณ วันทำการ[1] วันแรกถัดจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารการเรียกร้องสินไหมครบถ้วน และอนุมัติผลการพิจารณาสินไหมแล้ว ภายใน 16.00 น. (ในกรณีที่เกิน 16.00 น ให้ถือเป็นวันทำการถัดไป)

[1] วันทำการ หมายถึง วันเปิดทำการปกติของบริษัท และเป็นวันเปิดทำการซื้อขายกองทุนด้วย

4. ชื่อแพทย์และที่อยู่ หรือสถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับวันเริ่มสัญญาหรือก่อนหน้านั้น

ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา

5. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	หมายเลขกรมธรรม์	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ที่ปรากฏในเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนทั้งหมด เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินตามสัญญากรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่ตัวแทน นายหน้าหรือผู้ให้บริการซึ่งเป็นคู่สัญญาฝ่ายที่สามเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์เดียวกันข้างต้น ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดใน https://www.fwd.co.th/th/privacy-policy/ อย่างชัดเจนแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

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

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้เอาประกันภัยที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์กรหรือบุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัทเอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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

แบบฟอร์ม: รายงานแพทย์

ชื่อผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....อาชีพ.....

1. ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด	.....
2. 2.1 ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด 2.2 การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ	2.1 ..... 2.2 ....
3. 3.1 ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ 3.2 ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร 3.3 วันแรกที่ท่านเยี่ยมคนไข้ 3.4 วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมคนไข้	3.1 ..... 3.2 ..... 3.3 ..... 3.4 .....
4. 4.1 สถานที่ที่เสียชีวิต 4.2 วันที่เสียชีวิต	4.1 ..... 4.2 .....
5. 5.1 สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ 5.2 โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิต เป็นมานานเท่าใด 5.3 ตามความเห็นของท่าน โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด	5.1 ..... 5.2 ..... 5.3 .....
6. ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด	.....
7. เป็นเวลานานเท่าใดผู้เสียชีวิตต้องพักอยู่บ้านหรือต้องละทิ้งหน้าที่การงาน	.....
8. มีเหตุผลพิเศษใดๆ ไม่ว่าจะเป็นเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือไม่ที่ทำให้เสียชีวิต อันเนื่องจากนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย ของผู้เสียชีวิต	....
9. 9.1 ผู้เสียชีวิตถึงแก่กรรมเนื่องจากการฆ่าตัวตายหรือไม่ 9.2 ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่/ถ้ามี วัตถุนั้นเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือไม่ 9.3 มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ) 9.4 มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ) 9.5 มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้เสียชีวิตถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุปนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย	9.1 ..... 9.2 ..... 9.3 ..... 9.4 ..... 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

(.....)

(บริษัทฯ ไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้ได้มาของเอกสารฉบับนี้)

หนังสือให้ความยินยอม และมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี ในฐานะที่เป็นทายาทโดยธรรม/ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ.....ผู้เอาประกันภัยซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้เสียชีวิต” ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เป็นผู้มีอำนาจในการขอคัดหรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ รวมถึงเอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้องของผู้เสียชีวิตตามทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัย ทุกแห่งที่ผู้เสียชีวิตเข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตจากบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ และดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องได้จนเสร็จการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้แพทย์ และ/หรือบุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานีอนามัย บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของผู้เสียชีวิต ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของผู้เสียชีวิตจากทาง**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้า และ/หรือผู้เสียชีวิตไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ และ/หรือบุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานีอนามัย บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าวซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายและให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสาคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

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

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 ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท")** มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....

(.....)

☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

แบบฟอร์ม: การรับรองสถานะ FATCA นิติบุคคล

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
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) และสิ้นสุดคำถาม ในกรณี “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. ศูนย์จัดการเงินทุน (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 นิติบุคคลใหม่ที่เริ่มจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน เป็นต้น	
หากตอบว่า “ใช่” ในข้อ 2. หรือ 3. โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN-E ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม	

2. คำรับรอง

(1) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับทราบว่า **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”)** มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) 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
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th

แบบฟอร์ม: แบบแถลงถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา

ชื่อและนามสกุลของผู้รับประโยชน์.....**กรมธรรม์เลขที่**.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่.....วันหมดอายุ.....

สถานที่เกิด เมือง.....ประเทศ.....

ส่วนที่ 1 : การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศ/เขตปกครองอื่นนอกจากสหรัฐอเมริกา

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศ/เขตปกครองอื่นนอกจากสหรัฐอเมริกา

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศ/เขตปกครองที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศ/เขตปกครองนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศ/เขตปกครองนั้นและ/หรือประเทศ/เขตปกครองอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศ/เขตปกครองอื่นๆ นอกจากสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศ/เขตปกครองของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศ/เขตปกครองนั้นตาม ตารางด้านล่าง

หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถาม

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

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้

เหตุผล (ก) – ประเทศ/เขตปกครองที่ผู้รับประโยชน์มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศ/เขตปกครองนั้น

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

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

ส่วนที่ 2 : การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะและความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตาม ความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร (กฎหมาย CRS)
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS
4. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
5. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
6. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....

(.....)

☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

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