

กรมธรรม์เลขที่ .....

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

โดย กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

ชื่อและนามสกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน .....

เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประชาชน วันหมดอายุ .....

หนังสือเดินทาง เลขที่ .....

วันหมดอายุ .....

**การรับรองสถานะ: และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของสหรัฐอเมริกา**

**1. การรับรองสถานะ:**

ข้าพเจ้า เป็น นิติบุคคลที่มีสถานะ: อย่างใดอย่างหนึ่งตามข้อต่อไปนี้ **หรือไม่**

- เป็นนิติบุคคลที่จัดตั้งหรือจดทะเบียนในสหรัฐอเมริกาหรือภายใต้กฎหมายหรือกฎระเบียบของสหรัฐอเมริกา **หรือ**
  - เป็นนิติบุคคลที่มี บุคคลอเมริกัน (U.S Person) ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรของสหรัฐอเมริกา ถือหุ้น (ไม่ว่าจะมีสิทธิออกเสียงหรือไม่) หรือ มีทุน หรือ รับส่วนแบ่งกำไรในนิติบุคคลนั้น ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อม เกินกว่าร้อยละ 10 ของหุ้น หรือ ทุน หรือกำไรทั้งหมด **หรือ**
  - เป็นนิติบุคคลที่มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรของสหรัฐอเมริกา
- ไม่เป็น     เป็น (ถ้า เป็น ให้ตอบแบบฟอร์ม W9 ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

**2. คำยินยอมและตกลง**

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

**ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล**

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่บริษัทกำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือสัดส่วนการถือหุ้นหรือสัดส่วนของทุน/ผลประโยชน์หรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือสัดส่วนการถือหุ้นหรือสัดส่วนของทุน/ผลประโยชน์หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

**ข. พลายของการไม่ให้ข้อมูล**

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทมีสิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้ถูกเอาประกันภัยมีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้า แสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้ถูกเอาประกันภัยมีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าวเพื่อแจ้งใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ลงชื่อ ..... สมาชิกผู้รับประโยชน์ (นิติบุคคล)

( ..... )

กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจผูกพันสมาชิกผู้รับประโยชน์ (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ ..... พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

( ..... )