

ใบนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมสำหรับผู้อุปการะกันภัยหรือผู้ชำระเบี้ย

ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน รหัสตัวแทน โทรศัพท์

ชื่อหน่วย สาขา โทรสาร

กรมธรรม์เลขที่ ชื่อผู้อุปการะกันภัย

ชื่อผู้ชำระเบี้ย

เรียน ผู้รับประโยชน์

บริษัทฯ ขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของท่านในครั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็ว กรุณากรอกเอกสารแบบฟอร์มพร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้ให้ครบถ้วน และภาคีเครื่องหมาย ลงใน เฉพาะรายการที่จัดส่งมา

กรณีการเสียชีวิตธรรมดา (การเจ็บป่วย)

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม
- 2. ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา
- 3. ใบมรณบัตรต้นฉบับ และฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 4. บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต ต้นฉบับและฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 5. ทะเบียนบ้านต้นฉบับของผู้เสียชีวิต ที่ระบุจำหน่าย "ตาย" และฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 6. บัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน ต้นฉบับและฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 7. ทะเบียนบ้านต้นฉบับของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน และฉบับสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- 8. แบบฟอร์มการรับรองสถานะ: คำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย **Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)** ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน
- 9. กรมธรรม์ประกันชีวิต หรือกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุแบบพื่อ พร้อมบัตรเคร์การ์ด
- 10. เอกสารแสดงยอดหนี้สินค้างชำระของผู้อุปการะกันภัย ณ วันที่เสียชีวิต (**กรณีผู้รับประโยชน์เป็นเจ้าหนี้ในนามธนาคารหรือสถาบันการเงิน**)
- 11. อื่นๆ โปรดระบุ (หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ทะเบียนสมรส ฯลฯ)

กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือสาเหตุอื่น เอกสารตั้งแต่ข้อที่ 1-10 ดังกล่าวข้างต้นและให้จัดส่งเพิ่มเติมเอกสารต่อไปนี้

- 12. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ
- 13. สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ / รายงานข่าวการเสียชีวิตจากหนังสือพิมพ์
- 14. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ ลงลายมือชื่อโดยผู้รับประโยชน์
 - จำนวน 5 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ ภายใน 6 เดือน
 - จำนวน 3 ฉบับ กรณีเสียชีวิตหลังจากกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับ มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 2 ปี

กรณีผู้ชำระเบี้ยเสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

- 15. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย (**กรณีไม่มี บิดา-มารดา กรุณาแนบสำเนาคำสั่งศาลแต่งตั้งผู้ปกครอง**)

การจัดส่งเอกสาร

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

ผู้นำส่ง ผู้รับเอกสาร

วันที่นำส่งเอกสาร วันที่รับเอกสาร

แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมของผู้อุปการะ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย



1. ข้อมูลผู้อุปการะ

ชื่อผู้เสียชีวิต
 อายุ ปี เป็นผู้อุปการะ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
 กรมธรรม์เลขที่ ที่อยู่ครั้งสุดท้าย เลขที่
 หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 อาชีพครั้งสุดท้าย ตำแหน่ง

ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ใช้สิทธิ์ในฐานะ:



3. รายละเอียดการมรดกกรรม

ผู้อุปการะ / ผู้ชำระเบี้ย: เสียชีวิตวันที่
 เวลา สถานที่
 สาเหตุการเสียชีวิต



4. รายละเอียดการเจ็บป่วยก่อนมรดกกรรม

ผู้อุปการะได้พูดถึงอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงถึงความเจ็บป่วย
 ให้เห็นครั้งแรก เมื่อวันที่
 อาการที่สังเกตเห็น
 ผู้อุปการะไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย
 เมื่อวันที่
 ชื่อแพทย์
 สถานพยาบาลที่ไปพบ



2. ผู้เรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

ชื่อ - สกุล วันเดือนปีเกิด อายุ ปี
 สถานที่เกิด สัญชาติ อาชีพ
 ที่อยู่สำหรับการส่งเอกสาร เลขที่ หมู่ที่
 ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 ความสัมพันธ์กับผู้อุปการะ



5. ชื่อแพทย์และที่อยู่ หรือสถานพยาบาลที่ผู้อุปการะเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและในระยะใกล้เคียงกับวันเริ่มสัญญาหรือก่อนหน้านั้น

ชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล	ที่อยู่	วันที่เข้ารับการรักษา	โรคที่ทำการรักษา



6. ผู้อุปการะมีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นใดบ้าง

ชื่อบริษัทประกันภัย	หมายเลขกรมธรรม์	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มฉบับนี้ ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจ
 ข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

แบบฟอร์มฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่ หมู่ ต. อ. นน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด เมื่อวันที่
 ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาผู้อุปการะที่เสียชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน องค์กรหรือนุคคลซึ่งได้ทำการชันสูตรพลิกศพ
 เปิดพยานรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด ผลการชันสูตรพลิกศพแก่ บริษัทเอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายได้
 หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม วันที่

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา

ชื่อของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม อายุ ปี อาชีพ

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา ชื่อแพทย์ที่รักษา

หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป H.N. เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)

1. ก. วันเดือนปี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ วันที่
- ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่าง ๆ อย่างไรบ้าง
2. ก. ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ เวลา น.
- ข. สถานที่ที่ถึงแก่กรรม
- ค. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม
- ง. สาเหตุนำคือ สาเหตุแทรกซ้อนคือ
3. ก. ท่านรู้จักกับผู้ป่วยมานานเท่าใด
- ข. ในทัศนะของท่าน ผู้ป่วยเจ็บป่วยมานานเท่าใด
- ค. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วย) ถ้ามี โรคอะไรบ้างเป็นมานานเท่าใด
4. ก. ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายหรือไม่
- ข. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่
- ค. สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมหรือไม่
- ง. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุผลการตรวจ)
- จ. มีการตรวจหาสารเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ (หากมี กรุณาระบุสถานที่ตรวจและผลการตรวจ)
- ฉ. มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยทางอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเนื่องจากอุปนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย
5. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจและสถานที่ตรวจด้วย
6. ท่านทราบ หรือเคยทราบว่าผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลที่อื่น และ/หรือที่แห่งนี้มาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่ หากทราบ กรุณาแจ้งรายละเอียดดังนี้

วันที่	ชื่อแพทย์ / ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

7. ผู้ป่วยมีส่วนสูงวัดได้ ซม. น้ำหนัก กก. ต่ำหนิหรือเพลเป็น
8. ความเห็นอื่นๆ

ข้าพเจ้า นว. / พญ. ใบนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ คุณวุฒิ

ประจำโรงพยาบาล / สถานพยาบาล ที่อยู่

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรายการแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ แพทย์

(.....)

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ชื่อ และนามสกุลของ ผู้รับประโยชน์ กรมธรรม์เลขที่

บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

การรับรองสถานะ: และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

1. การรับรองสถานะ:

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือมีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สถานะความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ ตามกฎหมาย หรือมีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่กรอกและลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ หรือมีกรีนการ์ดที่ยังไม่ถูกสละ ยกเลิก หรือถอดถอนอย่างเป็นทางการ หรือมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินปัจจุบัน) หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่เป็น เป็น (ถ้า เป็น ให้ตอบแบบฟอร์ม W9 ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการค้าติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่มี มี (ถ้า มี ให้ตอบแบบฟอร์ม W-8BEN ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

*** กรณีที่ต้องกรอกแบบฟอร์ม W9 แล้ว ให้กรอกเพียงแบบฟอร์มเดียว ไม่ต้องกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN อีก**

2. คำยินยอมและตกลง

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

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่บริษัทกำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทมีสิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้รับประโยชน์หรือทายาทของผู้อุปการะกันภัย มีสิทธิได้รับตามกฎหมายประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตาม คำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมายประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าวเพื่อแจ้งใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ
 (.....)
 พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ
 (.....)
 ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ
 (.....)
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ:

บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี
 ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองของ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “**ผู้เยาว์**” ตกลง

ยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์หีอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์ตามทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัย ทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์จากหน่วยราชการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย หรือหน่วยงานราชการทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์จาก **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการ ว่ากล่าวหรือฟ้องร้องหรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย หรือหน่วยงานราชการ ดังกล่าวซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม
 ()

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 ()

ลงชื่อ พยาน
 ()

ลงชื่อ พยาน
 ()

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

ชื่อนิติบุคคล

โดย กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

ชื่อและนามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประชาชน วันหมดอายุ

หนังสือเดินทาง เลขที่

วันหมดอายุ

การรับรองสถานะ: และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

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** **ถ้า** (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 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ข. พलयงการไม่ให้ข้อมูล

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
 (.....)