

ชื่อ และนามสกุลของ ผู้รับประโยชน์ ..... กรมธรรม์เลขที่ .....

บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง เลขที่ ..... วันหมดอายุ .....

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

**1. การรับรองสถานะ:**

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือมีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สถานะความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือมีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่กรอกและลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ หรือมีกรีนการ์ดที่ยังไม่ถูกสละ ยกเลิกหรือถอดถอนอย่างเป็นทางการ หรือมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินปัจจุบัน) หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา หรือไม่

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

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา 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 ในกรณีนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

**ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล**

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่บริษัทกำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

**ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล**

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทมีสิทธิกับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้าหรือผู้รับประโยชน์หรือทายาทของผู้อุปการะกันภัยมีสิทธิได้รับตามกฎหมายประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น 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