

ใบนำส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม ของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ร่วมเอาประกันภัย



*** 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 / ผู้เรียกร้องสินไหมมรดกกรรม

เอฟดับบลิวดีขอแสดงความเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งของคุณในครั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็ว กรุณาจัดเตรียมเอกสารตามที่ระบุดังต่อไปนี้ พร้อมทั้งกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และทำเครื่องหมาย ลงใน เฉพาะรายการที่จัดส่งมา

กรณีการเสียชีวิตธรรมดา (การเจ็บป่วย)

- 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม (กรุณากรอก 1 แบบฟอร์ม ต่อ 1 ผู้รับประโยชน์)
- 2. ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา
- 3. สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้อง
- 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต รับรองสำเนาถูกต้อง
- 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ที่ระบุจำนวน “ตาย” รับรองสำเนาถูกต้อง
- 6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง
- 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน รับรองสำเนาถูกต้อง
- 8. รูปถ่ายหน้าตรงผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชน*
- 9. แบบฟอร์มการรับรองสถานะ คำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน
- 10. แบบแถลงถิ่นที่อยู่ทางภาษีของผู้รับประโยชน์ทุกท่าน
- 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 เลขที่ 6 อาคารไอเอสทาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้นำส่ง.....ผู้รับเอกสาร.....
วันที่นำส่งเอกสาร.....วันที่รับเอกสาร.....

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

ชื่อผู้เสียชีวิต.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....อาชีพ.....

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

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี ในฐานะที่เป็น
ทายาทโดยธรรม/ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ.....
ผู้เอาประกันภัยซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้เสียชีวิต” ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เป็นผู้ที่มีอำนาจในการขอคัด
หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอกซเรย์
การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ รวมถึงเอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้องของผู้เสียชีวิตตามทางการแพทย์รวมทั้ง
รายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัย ทุกแห่งที่ผู้เสียชีวิตเข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติ
และเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตจากบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ และดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องได้จนเสร็จการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้แพทย์ และ/หรือนุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย
บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของผู้เสียชีวิต ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง
ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของผู้เสียชีวิตจากทาง**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**
หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้า และ/หรือผู้เสียชีวิตไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ
จากแพทย์ และ/หรือนุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าวซึ่ง
เป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่ง
หนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายและให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 6 อาคารไอเนสตาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6

แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

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. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้ถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
 ไม่มี มี

2. คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบที่ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบที่บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....
(.....)

บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 6 อาคารไอเนสตาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th

ชื่อและนามสกุลของผู้รับประโยชน์..... กรมธรรม์เลขที่.....
 บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ.....
สถานที่เกิด เมือง..... ประเทศ.....

ส่วนที่ 1 : การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศ/เขตปกครองอื่นนอกจากสหรัฐอเมริกา

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศ/เขตปกครองอื่นนอกจากสหรัฐอเมริกา

ใช่ ไม่ใช่

“ถิ่นที่อยู่ทางภาษี” หมายถึง ประเทศ/เขตปกครองที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศ/เขตปกครองนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศ/เขตปกครองนั้น และ/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/เขตปกครองที่ผู้รับประโยชน์มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยอยู่ในประเทศ/เขตปกครองนั้น

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

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

ส่วนที่ 2 : การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะและความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตาม ความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร (กฎหมาย CRS)
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS
- ข้าพเจ้าจะแจ้งข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....

(.....)

บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์

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

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 CRS

หากท่านเลือกข้อ 1.1.1 โปรดระบุจำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมทั้งหมดของนิติบุคคลในข้อ 1.4 และกรอกข้อมูลของผู้มีอำนาจควบคุมในแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมตาม CRS (ติดต่อขอแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมได้ที่ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต หรือดาวน์โหลดที่เว็บไซต์ 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 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวมในรอบบัญชีปีล่าสุด

หากท่านเลือกข้อ 1.3 โปรดระบุจำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมทั้งหมดของนิติบุคคลในข้อ 1.4 และกรอกข้อมูลของผู้มีอำนาจควบคุมในแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมตาม CRS (ติดต่อขอแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมได้ที่ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต หรือดาวน์โหลดที่เว็บไซต์ www.fwd.co.th)
- 1.4 จำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมของนิติบุคคล (ผู้มีอำนาจควบคุม มีจำนวนทั้งหมด..... คน)

“ผู้มีอำนาจควบคุม” หมายถึง บุคคลธรรมดาที่มีสิทธิในความเป็นเจ้าของในสัดส่วนที่ควบคุมนิติบุคคลได้ (เช่น ไม่น้อยกว่า 10%) ในกรณีที่ไมอาจกำหนดผู้มีอำนาจควบคุมตามสิทธิในความเป็นเจ้าของได้ให้ถือว่าบุคคลธรรมดาที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของนิติบุคคลเป็นผู้มีอำนาจควบคุมตามนิยามของ 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

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 ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี 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