

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