

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



แบบฟอร์มการขอใช้สิทธิและประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย
สำหรับนิติบุคคล

1. การโอนมอบสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่
(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ผู้โอนสิทธิ) ชื่อผู้เอาประกันภัย มีความประสงค์ที่จะโอนมอบสิทธิกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญา
ประกันภัยให้แก่นิติบุคคล (บจก./หจก./หสน.) (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่าผู้รับโอนสิทธิ)
ความสัมพันธ์ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....
ที่อยู่จดทะเบียน

โดยมีกรรมการ หรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจผูกพัน ดังต่อไปนี้

1.(นาย / นาง / นางสาว)

ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

2.(นาย / นาง / นางสาว)

ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

โดยมีรายละเอียดสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ดังนี้

สิทธิในกรมธรรม์

- การเวนคืนกรมธรรม์
- การเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ
- การแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา
- การกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
- การเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
- การกู้ยืมเงินตามกรมธรรม์

ประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- การรับเงินคืนรายงวดตามสัญญา
- การรับเงินคืนครบกำหนดสัญญา
- การรับเงินสมนาคุณครบกำหนดตามสัญญา

เพื่อเป็นการแสดงเจตนาและให้ความยินยอมในการโอนสิทธิในกรมธรรม์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิ
จึงได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้ต่อหน้าพยาน **พร้อมแนบสำเนาหนังสือจดทะเบียนบริษัทฯ รายงานการประชุม หนังสือมอบอำนาจ บัตรประจำตัว
ประชาชนผู้รับมอบอำนาจแทนนิติบุคคล และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง** เพื่อเป็นหลักฐานให้ไว้กับบริษัทฯ

ผู้โอนสิทธิและผู้รับโอนสิทธิรับทราบว่าการโอนสิทธิในกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย จะไม่ผูกพันบริษัทจนกว่าบริษัทจะ
ได้รับแจ้งการโอนสิทธิในกรมธรรม์ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเป็นหนังสือ และบริษัทได้ทำการบันทึกสลักหลังกรมธรรม์แล้ว ทั้งนี้บริษัทไม่
ต้องรับผิดชอบต่อความสมบูรณ์ของการโอนสิทธิและประโยชน์นั้น และบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ ในกรณีที่ได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงชดใช้ตามสัญญา
ประกันภัยให้กับผู้มีสิทธิและประโยชน์ไปก่อนที่บริษัทจะทราบถึงการโอนสิทธิและประโยชน์ดังกล่าว

2. การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศ
สหรัฐอเมริกาของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล)

1. การรับรองสถานะ:

สำหรับสถาบันการเงินภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ที่มี GIIN	ประเทศที่จดทะเบียน หรือจัดตั้ง
หมายเลข GIIN ของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) (ถ้ามี) □ □ □ □ □ □ □ □ • □ □ □ □ □ □ □ □ • □ □ □ □ □ □ □ □	เลขทะเบียนนิติบุคคล

สถานะของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล)

โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล)

นิติบุคคลอเมริกัน ก. ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลอเมริกัน (นิติบุคคลที่จดทะเบียนในประเทศ สหรัฐอเมริกา) ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
--	--

หากผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบว่า "ใช่" ในข้อ ก.
โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-9 ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม
ในกรณีที่ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบ "ไม่ใช่" ในข้อ ก. ให้ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบคำถามเพิ่มเติมในข้อ ข. และ ค.

สถาบันการเงิน / นิติบุคคลที่มีรายได้หลักมาจากการลงทุน ข. ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ใช่ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่	
สถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA เช่น 1. สถาบันเงินฝาก (ธนาคาร หรือกิจการที่คล้ายคลึงกัน) 2. สถาบันให้บริการถือสินทรัพย์แทน (Custodial Institution) 3. นิติบุคคลเพื่อการลงทุน (เช่น นายหน้าค้าหลักทรัพย์ ผู้จัดการการลงทุน และกองทุนต่างๆ เป็นต้น) 4. บริษัทประกันชีวิต 5. นิติบุคคลผู้ถือหุ้นของสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA และ 6. ศูนย์จัดการเงินทุน (Treasury center) เป็นต้น	
ค. ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ (เช่น ดอกเบี้ย หรือเงินปันผล) หรือจากการลงทุนอื่น (เช่น ค่าเช่า หรือค่าลิขสิทธิ์) ซึ่งมีได้มาจากการดำเนินธุรกิจตามปกติตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของรายได้รวมหรือมีสินทรัพย์ที่บริษัทมีไว้เพื่อนำไปลงทุนตามที่กล่าวมาตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวมในรอบบัญชีปีล่าสุด	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
ตอบ "ไม่ใช่" หากผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลตามข้อ ก) หรือ ข) 1. องค์กร/หน่วยงานรัฐบาลที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรระหว่างประเทศ หรือธนาคารกลาง เป็นต้น 2. นิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงินที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA (Exempted NFFE) เช่น บริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ นิติบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร สมาคม มูลนิธิ นิติบุคคลใหม่ que เริ่มจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน เป็นต้น	
หากผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ตอบว่า "ใช่" ในข้อ ข. หรือ ค. โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN-E ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม	
2. คำรับรอง (1) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) รับทราบว่าบริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (2) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) รับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (3) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด (4) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูลใดๆ ที่ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) เคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล (5) ในกรณีที่ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้รับโอนสิทธิ (นิติบุคคล) ไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA	
3. การเปลี่ยนแปลงกรรมสิทธิ์ประกันภัย (เฉพาะกรณีที่บริษัทฯ ได้ทำการอนุมัติการโอนสิทธิในกรรมสิทธิ์และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัยเรียบร้อยแล้วเท่านั้น) 3.1 สถานที่อยู่ปัจจุบัน และการจัดส่งเอกสารของผู้รับโอนสิทธิ เลขที่ หมู่บ้าน / อาคาร หมู่ที่ ต.รอก / ซอย ถนน แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์ที่ทำงาน อีเมล	
3.2 วิธีรับผลประโยชน์ / เงินคืนตามกรรมสิทธิ์ <input type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัทฯ เพื่อการสะสม <input type="checkbox"/> นำไปชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขนิติบุคคล (ผู้รับโอนสิทธิ) <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเลขที่ ธนาคาร (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ของผู้รับโอนสิทธิ)	
4. ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในเอกสารประกอบแบบฟอร์มฉบับนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการโอนสิทธิ และประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์รวมกันนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ตามรายละเอียดใน www.fwd.co.th/th/privacy-policy/ อย่างชัดเจนแล้ว	
5. การลงลายมือชื่อ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">ผู้โอนสิทธิ</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">พยาน</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">ผู้รับโอนสิทธิ กรรมการ หรือหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจผูกพัน และโปรดประทับตราบริษัท</p> <p>.....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">พยาน</p> </div> </div>	

แบบแสดงถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกค้าประเภทนิติบุคคล

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อองค์กร / นิติบุคคล / บริษัทของผู้เอาประกันภัย

ประเทศที่จดทะเบียน หรือจัดตั้ง เลขทะเบียนนิติบุคคล

ส่วนที่ 2 : การแสดงถิ่นที่อยู่ทางภาษี

ประเภทนิติบุคคล : สถาบันการเงิน/ นิติบุคคล (ที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน) ที่มีรายได้ทางตรงเป็นรายได้หลัก / นิติบุคคล (ที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน) ที่มีรายได้ทางอ้อมเป็นรายได้หลัก

โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับประเภทนิติบุคคล

2.1 ลูกค้าเป็นสถาบันการเงินภายใต้ข้อกำหนดของ CRS

หากเลือก 2.1 โปรดเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง

2.1.1 เป็นหน่วยที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการลงทุนที่ไม่ได้อยู่ในรัฐคู่สัญญาและบริหารโดยสถาบันการเงินผู้มีหน้าที่ต้องรายงานตามข้อกำหนดของ CRS

หากท่านเลือกข้อ 2.1.1 โปรดระบุจำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมทั้งหมดของนิติบุคคลในข้อ 2.4 และกรอกข้อมูลของผู้มีอำนาจควบคุมในแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมตาม CRS (ติดต่อขอแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมได้ที่ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต หรือดาวน์โหลดที่เว็บไซต์ www.fwd.co.th)

2.1.2 เป็นหน่วยที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการลงทุนอื่นนอกเหนือจากข้อ 2.1.1

2.1.3 เป็นสถาบันการเงินประเภท - สถาบันที่รับฝากเงิน สถาบันผู้รับฝากหลักทรัพย์ บริษัทประกันที่กำหนด

2.2 ลูกค้าเป็นนิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงิน (Active NFE)

หากท่านเลือกข้อ 2.2 โปรดเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง

2.2.1 Active NFE - เป็นบริษัทที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์ หรือ เป็นบริษัทในเครือของบริษัทที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์

หากท่านเลือกข้อ 2.2.1 โปรดระบุชื่อตลาดหลักทรัพย์ที่ซื้อขายหุ้น:

หากท่านเป็นบริษัทในเครือของบริษัทที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์ โปรดระบุชื่อบริษัทในเครือของท่านที่หุ้นมีการซื้อขายเป็นประจำในตลาดหลักทรัพย์:

2.2.2 Active NFE - เป็นหน่วยงานราชการ หรือธนาคารกลาง

2.2.3 Active NFE - เป็นองค์กรระหว่างประเทศ

2.2.4 Active NFE - อื่นๆนอกเหนือจากข้อ 2.2.1-2.2.3 เช่น start-up NFE, นิติบุคคล (รวมสมาคม มูลนิธิ) ที่ไม่แสวงหากำไร, นิติบุคคลใหม่ที่เริ่มจัดตั้งไม่เกิน 24 เดือน, นิติบุคคลที่อยู่ระหว่างการชำระบัญชีหรืออยู่ในกระบวนการล้มละลายหรืออยู่ระหว่างปรับโครงสร้างก่อนจะเริ่มดำเนินการใหม่, นิติบุคคลที่สัดส่วนของรายได้และทรัพย์สินไม่ได้เป็นตามข้อ 2.3, นิติบุคคล ที่เป็น Holding company ของบริษัทในเครือซึ่งไม่มีบริษัทใดเป็นสถาบันการเงินตามนิยามของ CRS เป็นต้น

2.3 Passive NFE – ลูกค้ำเป็นนิติบุคคลที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ เช่น ดอกเบี้ย เงินปันผล ค่าเช่า ค่าลิขสิทธิ์ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป ของรายได้รวม หรือมีสินทรัพย์ที่สามารถนำไปลงทุนในหลักทรัพย์ได้ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปของสินทรัพย์รวมในรอบบัญชีปีล่าสุด

หากท่านเลือกข้อ 2.3 โปรดระบุจำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมทั้งหมดของนิติบุคคลในข้อ 2.4 และกรอกข้อมูลของผู้มีอำนาจควบคุมนั้นในแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมตาม CRS (ติดต่อขอแบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมได้ที่ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต หรือดาวน์โหลดที่เว็บไซต์ www.fwd.co.th)

2.4 จำนวนบุคคลผู้มีอำนาจควบคุมของนิติบุคคล (ผู้มีอำนาจควบคุม มีจำนวนทั้งหมด _____ คน)

“ผู้มีอำนาจควบคุม” หมายถึง บุคคลธรรมดาที่มีสิทธิในความเป็นเจ้าของในสัดส่วนที่ควบคุมนิติบุคคลได้ (เช่น ไม่น้อยกว่า 10%) ในกรณีที่ไม่อำนาจกำหนดผู้มีอำนาจควบคุมตามสิทธิในความเป็นเจ้าของได้ ให้ถือว่าบุคคลธรรมดาที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของนิติบุคคลเป็นผู้มีอำนาจควบคุมตามนัยของ CRS ทั้งนี้ ใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาเดียวกับ “ผู้ได้รับประโยชน์ที่แท้จริง” ตาม FATF Recommendations หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

กรุณากรอกข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้ :

“ถิ่นที่อยู่ทางภาษี” หมายถึง ประเทศ / เขตปกครองที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศ / เขตปกครองนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศ/เขตปกครองนั้นและ / หรือประเทศ / เขตปกครองอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ ที่ตั้งอันเป็นศูนย์จัดการและควบคุมนิติบุคคล ที่ที่นิติบุคคลจดทะเบียนจัดตั้ง หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ

ประเทศ / เขตปกครอง ถิ่นที่อยู่ทางภาษี	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค	หากท่านเลือกเหตุผล ข โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านยังไม่ได้รับ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้

เหตุผล (ก) – ประเทศ/เขตปกครองที่ผู้เอาประกันภัยมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศ/เขตปกครองนั้น

เหตุผล (ข) – ผู้เอาประกันภัยยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศ/เขตปกครองนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

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

หมายเหตุ: หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ที่ต้องชำระภาษีมากกว่าสามประเทศ/เขตปกครอง โปรดระบุในเอกสารแยกต่างหาก

ส่วนที่ 3 : การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะ และความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร(กฎหมาย CRS)
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

ผู้เอาประกันภัย.....

(.....)

ลงวันที่.....

แบบฟอร์มแจ้งผู้มีอำนาจควบคุมตาม CRS

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลของผู้มีอำนาจควบคุม

ถ้าผู้มีอำนาจควบคุมมีมากกว่า 1 คน กรุณาแยกกรอกข้อมูลเป็นรายบุคคล

ชื่อ และนามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ประเทศ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.สถานที่เกิด เมือง / จังหวัด.....ประเทศ

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี และเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

กรุณากรอกข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้

ประเทศ / เขตปกครอง ถิ่นที่อยู่ทางภาษี	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค	หากท่านเลือกเหตุผล ข โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านยัง ไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้

เหตุผล (ก) - ประเทศ/เขตปกครองที่มีผู้มีอำนาจควบคุมมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศ/เขตปกครองนั้น

เหตุผล (ข) - ผู้มีอำนาจควบคุมยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศ/เขตปกครองนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

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

ส่วนที่ 3 : การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะ และความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร(กฎหมาย CRS)
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS
4. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
5. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้นี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
6. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

.....
(.....)

ผู้มีอำนาจควบคุม

.....

ลงวันที่

หมายเหตุ : หากท่านได้รับมอบอำนาจให้ลงนามแทนผู้อื่นโปรดระบุฐานะของท่านด้านล่าง เช่น ผู้ได้รับมอบอำนาจพร้อมแนบสำเนาใบมอบอำนาจที่ปิดอากรแสตมป์ตามที่กฎหมายกำหนดพร้อมรับรองสำเนา

ในฐานะ :