



ค่าเดือน ผู้รับประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลตามข้อคำถามและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้

แบบฟอร์มหนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคนเท่านั้น

ถ้อยคำผู้รับประโยชน์

เอกสารเรียกกริ่งสินไหมมรณกรรม

วันที่

1. สัญญาประกันภัยเลขที่.....ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....ชื่อ-สกุลเดิม (ถ้ามี).....
อาชีพก่อนเสียชีวิต.....สถานที่ทำงาน.....

2. ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาล ดังนี้

โรคหรือ อาการเจ็บป่วย	วันที่รับการรักษา	ชื่อแพทย์	สถานพยาบาล

3. การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกันภัย ไม่มี มี โปรดระบุ.....

4. ข้อมูลผู้รับประโยชน์

4.1 ชื่อ.....นามสกุล.....
ประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทย).....

4.2 ที่อยู่ปัจจุบัน

เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน
 อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.3 ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์

ที่อยู่เดียวกับข้อ 4.2
 อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... กรณีที่ต้องการรับแจ้งข้อมูลสินไหมมรณกรรมเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ
ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

4.5 อีเมล (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น).....

5. วิธีการรับสินไหมมรณกรรม

รับเช็คที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 ส่งเช็คทางไปรษณีย์ตามที่ระบุในข้อ 4.3
 รับเช็คที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....
 ส่งเช็คผ่านตัวแทน ชื่อ สังกัด

การรองรับสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตาม
 การภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้รับประโยชน์

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....		
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	

2. คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทเอกชน ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา

สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)			
ส่วนที่ 1	การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา		
1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
* "ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิสำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ			
โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษี และหมายเลขประจำตัวเสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง			
หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้			
ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศ ประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้
เหตุผล (เอ) – ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น			
เหตุผล (บี) – ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ : โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)			
เหตุผล (ซี) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ : เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)			
ส่วนที่ 2	การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ		
<ol style="list-style-type: none"> ท่านยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ท่านกรอกตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัท" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นปัจจุบัน ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัท มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร 			

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต่อรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สามารถจะขอยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัท มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ ลายมือชื่อผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)