宏泰人壽個人保戶 FATCA 暨 CRS 身分確認聲明暨同意書

2A24

敬愛的保戶，您好！

為因應美國「外國帳戶稅收遵從法案（以下簡稱FATCA)」及我國「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(以下簡稱CRS)」,敬請保險金受益人據實填寫下列詢問事項及提供相關文件，以檢視您是否具有美國或其他國家之稅務居民身分;倘填寫不完整或未能完整提供相關資訊及文件,將可能面臨懲罰性扣款或相關性罰鍰,敬請留意。(受益人如有有二人以上請影印分別填寫)

填妥後請將本聲明暨同意書利用以下方式擇一回傳本公司

1. 傳真號碼：02-27166812，04-27082101，07-2151059，傳真後不必再寄回。
2. E-MAIL 信箱：uwpos@hontai.com.tw（正本無需寄回）
3. 郵寄至本公司：105402 台北市松山區民生東路三段 156 號 3 樓 宏泰人壽 保全部 收

保 單 號 碼		受 益 人 姓 名		身 分 證 字 號	

●請保險金受益人據實填寫下列詢問事項(共有3個項目要勾選)

一、是否具美國稅務居民身分：□否 □是，左列勾選為「是」者，請提供經本人簽署之W-9表格。

美國稅務居民：含美國公民(持有美國護照，或持有本國居留證但國籍欄註記為美國者。)、持有美國永久居民身分證（綠卡)、或通過居留測試之美國稅務居民【係指在美國工作／居住／求學，本年度在美國境內停留天數≧31天，且(本年在美國境內停留天數x1＋去年在美國境內居留天數x1/3＋前年在美國境內居留天數x1/6)≧183天者】。

二、是否具有FATCA法案規定之美國指標，但不是美國稅務居民：□否 □是，左列勾選為「是」者，請提供經本人簽署之W-8BEN表格。

美國指標：(1)留在本公司的文件顯示出具有美國公民身分或永久居留權 (2)出生地為美國 (3)美國居住或郵寄地址 (4)美國電話號碼 (5)定期將資金自動匯入美國帳戶之指示 (6)被授權人或有權簽署人具美國地址 (7)轉信或代存郵件地址為該帳戶唯一聯絡地址

三、是否具中華民國及美國以外之其他國家稅務居民身分：□否 □是，左列勾選為「是」者，請提供經本人簽署之自我證明表-個人。

==========

◆申報同意(美國／其他國家稅務居民適用)：

1. 本人同意 貴公司為遵循美國稅法規定，得將因業務往來而取得之本人資訊(如名稱、地址、美國稅務識別碼等)，及本人與 貴公司往來的保單相關資訊(如保單號碼、保單現金價值、解約金等)，向美國稅務機關申報。
2. 本人同意 貴公司遵循我國稅捐稽徵法第5條之1第6項訂定之「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」等相關規定，得將因業務往來而取得之本人資訊(如名稱、地址、他國稅務識別碼等)，及本人與 貴公司往來的保單相關資訊(如保單號碼、保單現金價值、解約金等)，向台灣稅捐稽徵機關申報，經由政府間協定進行稅務目的金融帳戶資訊交換，提供帳戶持有人為稅務居民之國家稅捐稽徵機關。
3. 本人瞭解本同意函除符合個人資料保護法及相關法令規定外,尚符合 貴公司隱私權聲明及客戶資料保密措施，具有書面同意 貴公司蒐集、處理、利用及國際傳輸本人的資料之效果。

◆聲明事項：

1. 本人已確實告知 貴公司有關FATCA暨CRS身分確認應告知事項，如有不實，願負擔相關法律責任。
2. 本人同意，若日後有美國／其他國家稅務居民身分狀態變更之情事，應於變更後30日內主動通知宏泰人壽。
3. 本人確認已收受並充分瞭解「宏泰人壽履行個人資料保護法告知義務內容」。
4. 本人已詳閱申報同意內容，瞭解並同意受本申報同意內容之拘束(美國／其他國家稅務居民適用)。

此致 宏泰人壽保險股份有限公司

聲明／同意人(保險金受益人）簽名：_____

法 定 代 理 人 簽 名：_____法定代理人與聲明／同意人關係：_____

中 華 民 國_____年_____月_____日

FATCA暨CRS相關表單

113/08 版