

**英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司**  
**FATCA 身分聲明暨個人資料申報同意書(客戶為個人適用)**

親愛的客戶您好，因您向本分公司辦理申請且屬於以下所列情形，為因應美國「外國帳戶稅收遵從法(FATCA)」之規範，須請您回答以下詢問事項並提供相關證明文件。

<input type="checkbox"/> 新契約保單之要保人	<input type="checkbox"/> 保單復效之要保人	<input type="checkbox"/> 更換保單要保人之新要保人
<input type="checkbox"/> 更換保單要保人為美國國籍	<input type="checkbox"/> 更換保單要保人之地址為美國聯絡地址	<input type="checkbox"/> 更換保單要保人之電話為僅具美國電話
<input type="checkbox"/> 更換支付項目之帳戶為美國帳戶	<input type="checkbox"/> 滿期/祝壽/賀歲/生存保險金受益人	<input type="checkbox"/> 身故保險金受益人

<p>1. 您具有美國納稅義務人身分(如：美國籍、美國綠卡持有者、美國長期居民<sup>[註]</sup>) 如勾選是者，請提供W-9表單</p> <p><b>【註】</b>係指當年度在美國境內停留<math>\geq 183</math>天者或當年度在美國境內停留<math>\geq 31</math>天且(當年在美國境內停留天數*1+去年在美國境內停留天數*1/3+前年在美国境內停留天數*1/6)合計超過 183 天者。</p>	<p>(請務必勾選)</p> <p><input type="checkbox"/> 是   <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>2. 您的出生地為美國 如勾選是者，請提供下述文件 (1)非美國政府機關核發之身分證/護照影本 (2)喪失/放棄美國籍之證明影本</p>	<p>(請務必勾選)</p> <p><input type="checkbox"/> 是   <input type="checkbox"/> 否</p>

- ※ 本人同意貴公司為遵循 FATCA，在本人符合 FATCA 申報要求時，得依規定將本人提供及留存於貴公司之任何個人資料提供予美國國稅局(Internal Revenue Service)及貴公司所屬集團總部，以進行 FATCA 相關申報作業。本人瞭解若本人不同意上述資料之提供，貴公司將無法承保本次所申請投保之保單(針對新契約投保時)，或須列為不合作客戶(針對既有保單申請/申領項目時)。
- ※ 本人同意日後如有身分變更之情事(取得或喪失美國納稅義務人身分)，將於前述變更後 30 日內通知貴公司。
- ※ 本人瞭解，貴公司將基於信賴本人上述回答而進行相關作業及決定。若因本人回答內容不實、或於身分變更時未於變更後 30 日內通知貴公司，導致貴公司受有損害，貴公司得依法向本人請求損害賠償。
- ※ 本人同意因前段所述情形或本人未及時提供貴公司所需之資訊或文件，致貴公司無法確定能否持續遵循 FATCA 相關規定時，貴公司得於符合法令規定之範圍內，採取其合理認為有必要之任何行動，以確保其遵循 FATCA 之規定。

本人簽名： \_\_\_\_\_ 法定代理人簽名： \_\_\_\_\_

※未滿七歲或受監護宣告尚未撤銷者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上但尚未成年者，由本人及法定代理人簽名。

保單號碼： \_\_\_\_\_ 申請日期： \_\_\_\_\_ 年    月    日

版本:11110

