

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิภาวดี แขวงจตุรัส เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th



ใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิ์ตามกรมธรรม์

วันที่.....
เลขที่กรมธรรม์.....
ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก (โปรดระบุ).....
อีเมล (โปรดระบุ).....

ชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร / ชื่อตัวแทน (ผู้รับเรื่อง).....
สาขาธนาคาร / สำนักงานตัวแทน (สังกัด).....
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
รหัสตัวแทน / นายหน้า
เปลี่ยนแปลง ก่อน ออกกรมธรรม์ หลัง ออกกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง และ/หรือใช้สิทธิ์ตามกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 : การขอเปลี่ยนแปลงทั่วไป

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกัน ผู้ชำระเบี้ยประกัน เปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็น ชื่อ-สกุล
- ลายมือชื่อ ลายมือชื่อ (เดิม)..... ลายมือชื่อ (ใหม่).....
- ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อจากเดิม เป็น เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน / อาคาร.....
ตรอก / ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....
อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์บ้าน.....
อีเมล.....
- ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น โดยยกเลิกจากเดิมทั้งหมด และกำหนดใหม่ตามรายชื่อบุคคลดังต่อไปนี้ **** ส่วนแบ่งรวมไม่เกิน 100% ****
(หากมากกว่า 4 คน โปรดระบุเพิ่มเติมในข้อ 12) กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคน
1..... ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่งร้อยละ.....
2..... ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่งร้อยละ.....
3..... ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่งร้อยละ.....
4..... ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่งร้อยละ.....

สำหรับเอกสารประกอบ ส่วนที่ 1
 (ข้อ 1-4) สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีบุคคลต่างชาติ) รับรองสำเนาถูกต้อง
 (ข้อ 1) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล

****สำหรับข้อ 1**
กรณีเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกัน - กรอกส่วนที่ 4 การรับรองสถานะ FATCA

****สำหรับข้อ 4**
ส่งหลักฐานพิสูจน์ความสัมพันธ์ของผู้รับประโยชน์

ส่วนที่ 2 : การขอเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับใช้สิทธิ์ตามกรมธรรม์ อาชีพ / รายได้ และอื่นๆ

(กรมธรรม์ยูนิคัล (UL) กรุณาใช้ใบคำร้องขอดำเนินการสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทยูนิคัลเท่านั้น)

- ขอต่ออายุกรมธรรม์ (บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกตรวจสุขภาพเพิ่มเติม และการพิจารณาอนุมัติขอต่ออายุกรมธรรม์ตามระเบียบของบริษัทฯ)
 ขอต่ออายุกรมธรรม์แบบย้อนหลัง ขอต่ออายุกรมธรรม์แบบเปลี่ยนวันเริ่มต้นแห่งสัญญาประกันภัย
- ขอเปลี่ยนแปลงประกันภัย / จำนวนเงินเอาประกันภัย / สัญญาเพิ่มเติม
 ขอเปลี่ยนแปลงประกันภัยจากเดิม..... เป็นแบบประกันใหม่
- ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยโดยขอ ลดทุน เพิ่มทุน จำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่บาท
 ขอเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม
..... ยกเลิก ลดทุน เพิ่มทุน ชื่อ จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น.....บาท
..... ยกเลิก ลดทุน เพิ่มทุน ชื่อ จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น.....บาท
..... ยกเลิก ลดทุน เพิ่มทุน ชื่อ จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น.....บาท
..... ยกเลิก ลดทุน เพิ่มทุน ชื่อ จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น.....บาท
- ขอเปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัย
 รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน
- ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย
 หักบัญชีธนาคารอัตโนมัติ สมัครตามคู่มือผ่าน <https://fwdth.co/dd-atm-s>
 หักบัตรเครดิตอัตโนมัติ สมัครตามคู่มือผ่าน <https://fwdth.co/Recurrings>
 เงินสด
- **งดการชำระรายเดือน ต้องหักชำระเบี้ยผ่านบัญชีธนาคาร หรือหักบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติเท่านั้น หรือตามเงื่อนไขแบบประกัน**
- ขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินคืนตามกรมธรรม์ / เงินปันผล
 โอนเข้าบัญชี คงไว้กับบริษัท นำไปชำระเบี้ยประกันภัย (หรือตามเงื่อนไขแบบประกันภัย) พร้อมเพย์
- ขอออกกรมธรรม์ฉบับใหม่ เนื่องจาก ฉบับเดิมชำรุด ฉบับเดิมสูญหาย
- ขอถอนเงินฝากสะสมไว้กับบริษัทฯ ถอนเงินฝากสะสมทั้งหมด
- **หมายเหตุ: บริษัทฯ จะดำเนินการถอนเงินฝากสะสมทั้งหมด และถือว่าความประสงค์ฝากสะสมสิ้นสุด**
- ขอเปลี่ยนแปลงอื่นๆ (โปรดระบุ หรือแถมลงข้อมูลเพิ่มเติม)

สำหรับเอกสารประกอบ ส่วนที่ 2
 (ข้อ 5-12) สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีบุคคลต่างชาติ) รับรองสำเนาถูกต้อง
 (ข้อ 5) กรอกส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ / อาชีพ และรายได้ และส่วนที่ 4 การรับรองสถานะ FATCA
 สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีมีเงินคืน)
 (ข้อ 5-6) หลักฐานการชำระเบี้ย

****สำหรับข้อ 6**
กรณีเพิ่มทุน และเปลี่ยนแปลงประกัน - กรอกส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ / อาชีพ และรายได้ - กรอกส่วนที่ 4 การรับรองสถานะ FATCA
- กรุณานำส่งเอกสารล่วงหน้าก่อนถึงกำหนดชำระเบี้ยอย่างน้อย 30 วัน

****สำหรับข้อ 7**
กรุณานำส่งเอกสารล่วงหน้าก่อนถึงกำหนดชำระเบี้ยอย่างน้อย 30 วัน

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ / อาชีพ และรายได้
 ** หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอ โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมในคำขอเปลี่ยนแปลง **

13. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี..... (บาท/ปี)
 14. อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง/ธุรกิจ.....รายได้ต่อปี..... (บาท/ปี)

กรุณาดตอบคำถามสุขภาพของ ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
15. กรุณาระบุส่วนสูงและน้ำหนัก	ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.	ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... กก. ลดลง..... กก. สาเหตุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... กก. ลดลง..... กก. สาเหตุ.....
16. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการแถลงเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการแถลงเพิ่มเติม

กรุณาระบุรายละเอียดการแถลงเพิ่มเติม	ตรวจอะไร	วันที่ตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์					
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย					

17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หาก **เคย / มี** กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุโรคและ การรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี
<input type="checkbox"/> เคย / มี	<input type="checkbox"/> เคย / มี	<input type="checkbox"/> เคย / มี

โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
สายตาสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต้อหิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ดีซ่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น้ำมูกไหล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอกก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตาวุ้นขึ้นไธรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	วัน / เดือน / ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและ อาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

18. ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ เคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี หาก **เคย / มี** กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ฝีคันทูด	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ไชบีลอักเสบ	<input type="checkbox"/> นิ้ว	<input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบ หรือถูกเบียดทับ
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/> ออกซิติก
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไล่เลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> สมาริสัน
โรค	วัน / เดือน / ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและ อาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน	ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย/ ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย		

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติกรตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่ได้อยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของบุคคลอื่น)	
1. การรับรองสถานะ ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิดที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	
ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็น หรือเคยเป็น ผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่	
ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็น และสิ้นผลบังคับ กรณีเป็น หรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ วันหมดอายุ	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็น และสิ้นผลบังคับ กรณีเป็น หรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ วันหมดอายุ
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	
ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	
ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
2. คำรับรอง (1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (-บริษัท-) มีข้อผูกพัน หรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (2) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิ์กับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA	
ส่วนที่ 5 สำหรับการให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะ <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย 1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ทราบและเข้าใจคำถามคำตอบในใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ครบถ้วนสมบูรณ์และได้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการพิจารณาเพื่ออนุมัติการคืนเงินคืน หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใด ๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าว 2. ข้าพเจ้ายินยอมว่าการคืนเงินคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่ามีผลบังคับแม้จะได้รับการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกการยกเลิกเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว 3. ข้าพเจ้ายินยอมว่า กรณีที่ใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ใช้เพื่อการคืนเงินคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใด ๆ ข้อกำหนดว่าด้วยการไม่โต้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และข้อกำหนดเรื่องอัตราเบี้ยประกันภัย จะนำมาบังคับใช้กับการคืนเงินคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใด ๆ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ที่ได้รับพิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว 4. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ 5. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ 6. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า และผู้เยาว์ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในแบบฟอร์มฉบับนี้ และสำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนของข้าพเจ้า เพื่อการยืนยันตัวตน และดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดใน http://www.fwd.co.th/th/privacy-policy/ อย่างชัดเจนแล้ว เขียนที่วันที่ เดือน พ.ศ..... ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้เอาประกันภัย (กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัทฯ) ที่เอาประกันภัย**(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย **(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) / ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย</p> </div> </div>	
หมายเหตุ : บริษัทฯ จะดำเนินการ เมื่อได้รับคำร้องที่มีข้อมูลครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกัน (ตัวจริง) พร้อมทั้งเอกสารประกอบการพิจารณา และเบี้ยประกัน (ถ้ามี) ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว	