

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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



ใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์

(ชนิดมีคำถามสุขภาพ)

+คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	ชื่อหน่วย	รหัส	<input type="text"/>
ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย	ชื่อตัวแทน	รหัส	<input type="text"/>
เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> ก่อน ออกกรมธรรม์	เบอร์โทรศัพท์		
<input type="checkbox"/> หลัง ออกกรมธรรม์	ส่งเอกสารผ่าน <input type="checkbox"/> ตัวแทน <input type="checkbox"/> โดยตรงถึงลูกค้า		

โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การขอเปลี่ยนแปลงทั่วไป (กรณีขอเปลี่ยนแปลงเฉพาะเรื่องทั่วไปในส่วนที่ 1 เพียงอย่างเดียว กรุณาข้ามไปในส่วนที่ 5)

1. ชื่อ-สกุล เปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็น ชื่อ-นามสกุล
พร้อมแนบสำเนาหลักฐาน 1. หนังสือแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลจากทางราชการ 2. สำเนาบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง

2. ลายมือชื่อ ลายมือชื่อเก่า ลายมือชื่อใหม่
ให้ถือว่าลายมือชื่อใหม่ของผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏนี้เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทในกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น

3. สถานที่ติดต่อและจัดส่งเอกสาร
เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์ที่ทำงาน อีเมล

4. ผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์เลขที่ข้างต้น ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
1.					
2.					
3.					
4.					

5. วัตถุประสงค์รับประโยชน์ / เงินคืนตามกรมธรรม์ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม นำไปชำระเบี้ยประกันภัย

โอนเข้าบัญชีเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย)
ธนาคาร สาขา

6. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

7. อื่นๆ เพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 การขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ที่ต้องแถลงสุขภาพ/อาชีพและรายได้ ในส่วนที่ 3

(การขอยกเลิกหรือขอลดทุนประกันภัยหรือสัญญาเพิ่มเติมต่างๆ ไม่ต้องแถลงสุขภาพ กรุณาข้ามไปส่วนที่ 4 - 5)

8. ต่ออายุกรมธรรม์ แบบธรรมดา แบบเลื่อนวันเริ่มต้นแห่งสัญญาประกันภัย

9. แบบประกันภัย จากเดิม เป็น

10. จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) จากเดิม เป็น

11. ลด/ยกเลิกเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ / ข้อยกเว้นความคุ้มครอง ระบุรายละเอียด

12. สัญญาเพิ่มเติม

12.1	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น	บาท
12.2	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น	บาท
12.3	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น	บาท
12.4	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น	บาท
12.5	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น	บาท
12.6	<input type="checkbox"/> ยกเลิก <input type="checkbox"/> เพิ่ม <input type="checkbox"/> ลด	จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น	บาท

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ/อาชีพและรายได้ ** หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอ โปรดบรรยายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมใบคำขอเปลี่ยนแปลง **

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

กรุณาตอบคำถามสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
15. กรุณาระบุส่วนสูงและน้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่	ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุ	ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุ
16. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการแถลงเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการแถลงเพิ่มเติม

กรุณาระบุรายละเอียดเพิ่มเติม ตรวจสอบอะไร วันที่ตรวจ สถานที่ตรวจ ผลการตรวจ ข้อสังเกตโดยแพทย์

ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

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

โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี	<input type="checkbox"/> เคย / มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี	<input type="checkbox"/> เคย / มี		<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี	<input type="checkbox"/> เคย / มี		
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"/>	ตีข่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	บ้านไต	<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"/>	ดาวนซินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง			
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคกล้ามเนื้อ (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ผู้เอาประกันภัย/ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

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"/> เชื้อราในช่องปากหรือคอ	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ฝีคันทูด	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ไชนิสอักเสบ	<input type="checkbox"/> นิ้ว	<input type="checkbox"/> เชื้อราในช่องปากหรือคอ	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	<input type="checkbox"/> ภาวะติดเชื้อในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ออกลูกตึก
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไล้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> สมารสัน

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย/ ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ เคยเป็นหรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้ถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ผู้ขอเอาประกันภัย

ไม่เป็น เป็น

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ไม่เป็น เป็น

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้อง ปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในกรณีนี้(ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อ

หน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิ์กับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ใน กฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 สำหรับการให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะ ผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ / ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ทราบและเข้าใจคำถามคำตอบในใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ครบถ้วนสมบูรณ์และได้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการพิจารณาเพื่ออนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใด ๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าว

2. ข้าพเจ้ายินยอมว่า การกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่ามิผลบังคับแม้จะได้รับการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกการจ่ายเบี้ยประกันภัยใด ๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว

3. ข้าพเจ้ายินยอมว่า กรณีที่ใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ใช้เพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ข้อกำหนดว่าด้วยการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และข้อกำหนดเรื่องอัตราเบี้ยประกัน จะนำมาบังคับใช้กับการกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ที่ได้รับพิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

5. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

6. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

***ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย**

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

****กรณีผู้เยาว์ที่เอาประกันภัยให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย เป็นผู้ลงลายมือชื่อหรือการแทน หรือให้ความยินยอมแก่ผู้เยาว์ที่เอาประกันภัยในการกลับสู่สถานะเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มเติมใดๆ ของกรมธรรม์**

บิดา/มารดา ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย **** (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)**

หน้านี้เป็นหน้าว่าง ห้ามมิให้พิมพ์หรือเขียนข้อความใดๆ ลงบนหน้านี้
บริษัทจะไม่พิจารณาข้อความใดๆ ที่ปรากฏอยู่บนเอกสารหน้านี้