

+คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยที่ตนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	ชื่อหน่วย..... รหัส
ชื่อ-สกุลของ ผู้เอาประกันภัย.....	ชื่อตัวแทน..... รหัส
เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> ก่อน ออกกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> หลัง ออกกรมธรรม์	เบอร์โทรศัพท์.....
	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.....
 ให้อธิบายลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏนี้เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อบริษัทในกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น

3. สถานที่ติดต่อและจัดส่งเอกสาร
 เลขที่..... หมู่บ้านอาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... อีเมลล์.....

4. ผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์เลขที่ข้างต้น ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน

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

5. วิธีรับผลประโยชน์ / เงินคืนตามกรมธรรม์ รับเป็นเช็ค คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม นำไปชำระเบี้ยประกันภัย
 โอนเข้าบัญชีเลขที่..... (กรุณานำแนบสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย)
 ธนาคาร..... สาขา.....

6. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

7. อื่นๆ เพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 การขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ที่ต้องแถลงสุขภาพ/อาชีพและรายได้ ในส่วนที่ 3

(การขอยกเลิกหรือลดทุนประกันภัยหรือสัญญาเพิ่มเติมต่างๆ 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 โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมใบคำขอเปลี่ยนแปลง **																			
13. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....																			
ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....(บาท/ปี)																			
14. อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง/ธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....(บาท/ปี)																			
กรุณาตอบคำถามสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์			ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย													
15. กรุณาระบุส่วนสูงและน้ำหนัก			ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.			ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.													
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่			<input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... กก. ลดลง..... กก. สาเหตุ.....			<input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... กก. ลดลง..... กก. สาเหตุ.....													
16. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจคลื่นหัวใจ 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													
กรณาระบุรายละเอียดเพิ่มเติม		ตรวจอะไร		วันที่ตรวจ		สถานที่ตรวจ		ผลการตรวจ		ข้อสังเกตโดยแพทย์									
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์																			
<input type="checkbox"/> ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย																			
17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หาก เคย/มี กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์			ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย													
			<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย / มี			<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย / มี													
โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย											
สายตาดำพิการ	<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"/>	ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<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"/>											
โรคผิวหนัง	<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	<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		วันเดือนปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)		การรักษาและอาการปัจจุบัน		สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง																			
18. ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ เคยได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หาก เคย/มี กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)																			
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> นิ่ว	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> ฝีคันทสูตร	<input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/> ออทิสติก	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น
โรค		วันเดือนปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)		การรักษาและอาการปัจจุบัน		สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)													
ลงชื่อ.....พยานตัวแทน																			
ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้อำนวยการของคู่เยาว์ที่เอาประกันภัย / ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย																			

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

1. การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกา และยังไม่ได้ละความเป็นพลเมืองอเมริกัน อย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือ มีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่สรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่เป็น เป็น

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิ์กับบริษัทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือ หลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 สำหรับการให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะ ผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ / ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ทราบและเข้าใจคำถามคำตอบในใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ครบถ้วนสมบูรณ์และได้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการพิจารณาเพื่ออนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใด ๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมว่า การกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่าล้มล้างข้อแม้จะได้มีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใด ๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว
- ข้าพเจ้ายินยอมว่า กรณีที่ไปคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ใช้เพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ข้อกำหนดว่าด้วยการไม่โต้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และข้อกำหนดเรื่องอติวินิบาตกรรม จะนำมาบังคับใช้กับการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

***ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย**

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)
 (.....)
 พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย
 (ลงชื่อ) (ลงชื่อ)
 (.....)
 พยาน ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

****กรณีผู้เยาว์ที่เอาประกันภัยให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย เป็นผู้ลงลายมือชื่อกระทำการแทน หรือให้ความยินยอมแก่ผู้เยาว์ที่เอาประกันภัยในการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มเติมใดๆ ของกรมธรรม์**

บิดา/มารดา ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย
 ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ ที่เอาประกันภัย** (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หน้านี้เป็นหน้าว่าง ห้ามมิให้พิมพ์หรือเขียนข้อความใดๆ ลงบนหน้านี้
บริษัทจะไม่พิจารณาข้อความใดๆ ที่ปรากฏอยู่บนเอกสารหน้านี้