

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 27, 28 และ 29

ถนนวิภาวดี แขวงจตุรพักตรพิมาน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

 ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107555000546 **fwd.co.th**

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	ชื่อหน่วย..... รหัส
ชื่อ-สกุลของ ผู้เอาประกันภัย.....	ชื่อตัวแทน..... รหัส
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.....
 ให้ถือว่าลายมือชื่อใหม่ของข้าพเจ้าที่ปรากฏนี้เป็นลายมือชื่อที่ใช้ในการติดต่อกับบริษัทในกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น

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

 4. ผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์เลขที่ข้างต้น ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน

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

5. วิธีรับผลประโยชน์ / เงินคืนตามกรมธรรม์ รับเป็นเช็ค คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม นำไปชำระเบี้ยประกันภัย

โอนเข้าบัญชีเลขที่..... (กรุณานำสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย)
 ธนาคาร..... สาขา.....

6. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

 7. อื่นๆ เพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 การขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ที่ต้องแถลงสุขภาพ/อาชีพและรายได้ในส่วนที่ 3
(การขอยกเลิกหรือขอลดทุนประกันภัยและหรือสัญญาเพิ่มเติมต่าง ๆ 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 **** หากเหลือที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอ โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมใบคำขอเปลี่ยนแปลง ****

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

กรุณาดตอบคำถามสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / 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 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	ตรวจอะไร	วันที่ตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์					
<input type="checkbox"/> ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย					

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

โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
สายตาดพิการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต่อหิน	<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"/>	โรคหนึ่งแข็ง	<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	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"/> ติดเชื้อในท่อน้ำกลาง	<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ฟันคุด	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ไชเนลอักเสบ	<input type="checkbox"/> นิ้ว	<input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/> ออติสติก
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> สมาร์สัน

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

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน
 ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้อำนวยการของฝ่ายที่เอาประกันภัย / ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

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

1. การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือมีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สถานะความเป็นพลเมืองอเมริกัน อย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือมีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่กรอกและลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ หรือมีกรีนการ์ดที่ยังไม่ถูกสละ ยกเลิก หรือถอดถอนอย่างเป็นทางการ หรือมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินปัจจุบัน) หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่เป็น เป็น (ให้ตอบแบบฟอร์ม W9 ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

ไม่เป็น เป็น (ให้ตอบแบบฟอร์ม W-8BEN ของกรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา (IRS) เพิ่มเติม)

* กรณีที่ต้องกรอกแบบฟอร์ม W9 แล้ว ให้กรอกเพียงแบบฟอร์มเดียว ไม่ต้องกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN อีก

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิ์กับบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว หรือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 สำหรับการให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะ ผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ / ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ทราบและเข้าใจคำถามคำตอบในใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ครบถ้วนสมบูรณ์และได้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการพิจารณาเพื่ออนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใด ๆ ของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าว
2. ข้าพเจ้ายินยอมว่า การกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่าล้มล้างบังคับแม้จะได้มีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใด ๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว
3. ข้าพเจ้ายินยอมว่า กรณีที่ใบคำขอเปลี่ยนแปลง / ต่ออายุกรมธรรม์นี้ใช้เพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ขอกำหนดว่าด้วยการไม่ได้แย้งหรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และขอกำหนดเรื่องอัตโนมัติการจะนำมาบังคับใช้กับการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ที่ได้รับพิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท 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) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

พยาน ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

- **กรณีผู้เยาว์ที่เอาประกันภัยให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่เอาประกันภัย**
เป็นผู้ลงลายมือชื่อหรือทำการแทน หรือให้ความยินยอมแก่ผู้เยาว์ที่เอาประกันภัยในการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มเติมใด ๆ ของกรมธรรม์
- บิดา/มารดา ผู้รับโอนประโยชน์แห่งสัญญาประกันภัย
 ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์
ที่เอาประกันภัย** (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หน้านี้เป็นหน้าว่าง ห้ามมิให้พิมพ์หรือเขียนข้อความใดๆ ลงบนหน้านี้
บริษัทจะไม่พิจารณาข้อความใดๆ ที่ปรากฏอยู่บนเอกสารหน้านี้