

แบบฟอร์ม: คำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกรมธรรม์



วันที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก (โปรดระบุ).....
อีเมล (โปรดระบุ).....

ชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร/ผู้รับเรื่อง.....
สาขา/หน่วย..... โทรศัพท์.....
ชื่อตัวแทน/นายหน้า..... โทรศัพท์.....
รหัสตัวแทน/นายหน้า.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง และ/หรือ ใช้สิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นดังต่อไปนี้

- ขอต่ออายุกรมธรรม์ โดยชำระเบี้ยประกันย้อนหลังทั้งหมด รวม.....งวด เป็นเงิน.....บาท และชำระดอกเบี้ยเป็นเงิน.....บาท รวมทั้งเบี้ยประกันงวดที่จะครบกำหนด จำนวน.....บาท
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในระหว่างที่ข้าพเจ้าขาดชำระเบี้ยประกัน และในขณะที่ข้าพเจ้าขอต่ออายุกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้นนี้ ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดีทุกประการ เช่นเดียวกับที่เคยแถลงไว้กับนายแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ และในใบสมัครทำประกันในขณะที่ข้าพเจ้าขอทำประกันชีวิตทุกประการ
- กรณีที่สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ข้าพเจ้าขอชี้แจงข้อเท็จจริง ดังนี้.....

เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาบัตรประชาชน
- ใบแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันและผู้ชำระเบี้ย (PB) (กรณีมีสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากเดิม)
- หลักฐานการชำระเบี้ย
- แบบฟอร์มการรับรองสถานะ FATCA บุคคลธรรมดา
- แบบฟอร์ม W8BEN, W9
- อื่นๆ.....
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกตรวจสุขภาพเพิ่มเติม

1. ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อจากเดิมเป็น บ้าน ที่ทำงาน อื่นๆ โปรดระบุ.....

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

เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)
- แบบฟอร์มการรับรองสถานะ FATCA บุคคลธรรมดา

2. ขอเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ตามสัญญา PB)

(กรุณาระบุลายมือชื่อปัจจุบัน)
จากเดิมเป็น ชื่อ-สกุล.....
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย (เดิม)..... ลายมือชื่อใหม่.....
ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ย (เดิม)..... ลายมือชื่อใหม่.....

เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ/สกุล
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- แบบฟอร์มการรับรองสถานะ FATCA บุคคลธรรมดา

3. ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น โดยยกเลิกจากเดิมทั้งหมด และกำหนดใหม่ตามรายชื่อบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่งร้อยละ..... ของผลประโยชน์
- 2..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่งร้อยละ..... ของผลประโยชน์
- 3..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่งร้อยละ..... ของผลประโยชน์
- 4..... ความสัมพันธ์..... ส่วนแบ่งร้อยละ..... ของผลประโยชน์

เอกสารประกอบการพิจารณา หลักฐานแสดงความสัมพันธ์

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ** ส่วนแบ่งรวมไม่เกิน 100% **
- แบบฟอร์มการรับรองสถานะ FATCA บุคคลธรรมดา
- อื่นๆ.....

4. กรมธรรม์ประกันภัยสัญญาหลัก

- 4.1 ขอเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย โดยขอ ลดจากเดิมเป็นจำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่.....บาท (อาจมีผลให้ทุนสัญญาเพิ่มเติมที่แนบอยู่ถูกปรับลดลง)
- 4.2 ขอ ลด/ยกเลิก การเพิ่มอัตราเบี้ยประกัน/เงื่อนไขความคุ้มครองสุขภาพ
- 4.3 ลักษณะอาชีพปัจจุบัน (โปรดระบุ).....

เอกสารประกอบการพิจารณา

- (4.1 - 4.3)**
- สำเนาบัตรประชาชน
- ใบแถลงสุขภาพ
- หลักฐานการชำระเบี้ย
- อื่นๆ.....
- ** นำส่งเอกสารล่วงหน้าก่อนถึงวันกำหนดชำระเบี้ย อย่างน้อย 30 วัน **

5. 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

..... ยกเลิก ลดทุน เพิ่มทุน ชื่อ จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น.....บาท

ลักษณะอาชีพปัจจุบัน (โปรดระบุ).....
(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมข้อแนะนำสำหรับลูกค้า)

เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาบัตรประชาชน
- ใบแถลงสุขภาพ (กรณีชื่อ/เพิ่มทุน)
- หลักฐานการชำระเบี้ย
- อื่นๆ.....
- ** นำส่งเอกสารล่วงหน้าก่อนถึงวันกำหนดชำระเบี้ย อย่างน้อย 30 วัน **

6. การขอใช้สิทธิในมูลค่ากรมธรรม์

- 6.1 ขอใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ (ตามมูลค่าเงินสดคงเหลือ) (โปรดอ่านคำแนะนำด้านหลัง)
กรณีขอใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์แบบประกันคุ้มครองสินเชื่อ ต้องแนบเอกสารใบปิดสินเชื่อ
- 6.2 ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย เป็น แบบขยายระยะเวลาความคุ้มครอง (ETI)
- 6.3 ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัย เป็น แบบใช้เงินสำเร็จ (RPU)

เอกสารประกอบการพิจารณา

- กรมธรรม์ (เฉพาะ 6.1 เท่านั้น)
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (กรณีมีเงินคืน)
- อื่นๆ.....

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130 - 132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิทญู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1351 fwd.co.th

แบบฟอร์ม: คำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกรมธรรม์



7. ขอใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยแบบ Free Look

ขอคืนเบี้ยประกันหลังหักค่าธรรมเนียมและ/หรือ ค่าตรวจสุขภาพ โปรดระบุสาเหตุ.....

8. ยกเลิกการหักบัญชีอัตโนมัติ

หมายเลขบัญชี - - - ธนาคาร.....
(กรณีไม่ต้องการชำระเบี้ยประกัน และไม่มีเงินคืน)

9. ยกเลิกการหักบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ

หมายเลขบัตร - - - - ธนาคาร.....
(กรณีไม่ต้องการชำระเบี้ยประกัน และไม่มีเงินคืน)

10. ขอเปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น

รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน
(สำหรับรายเดือนต้องแนบหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก หรือหนังสือยินยอมให้หักบัตรเครดิตเสมอ)

11. ขอออกกรมธรรม์ฉบับใหม่เนื่องจาก

ฉบับเดิมชำรุด ฉบับเดิมสูญหาย

12. ขอรับเอกสารต่างๆ ทั้งหมดเกี่ยวกับกรมธรรม์ผ่านทางอีเมล แทนการรับเอกสารผ่านทางไปรษณีย์

ขอรับเอกสารผ่านทางอีเมล (โปรดระบุอีเมล).....

13. ขอถอนเงินฝากสะสมไว้กับบริษัทฯ

ถอนออกทั้งหมด ถอนออกบางส่วน โปรดระบุจำนวนเงิน.....มาก
(การถอนเงินแต่ละครั้งต้องไม่ต่ำกว่า 2,000 บาท หากยอดเงินฝากสะสมต่ำกว่า 2,000 บาท บริษัทฯ จะดำเนินการถอนยอดเงินทั้งหมด และถือว่าความประสงค์ฝากสะสมสิ้นสุดลง)

14. เปลี่ยนแปลงอื่นๆ โปรดระบุ

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย
(กรุณาเซ็นชื่อให้เหมือนกับที่ไว้ไว้กับบริษัทฯ)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ชำระเบี้ย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : บริษัทฯ จะดำเนินการ เมื่อได้รับคำร้องที่มีข้อมูลครบถ้วน และการลงลายมือชื่อผู้เอาประกัน (ตัวจริง) พร้อมทั้งเอกสารประกอบการพิจารณา และเบี้ยประกัน (ถ้ามี) ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่บริษัทฯ.....

ข้อแนะนำสำหรับลูกค้า

**ผู้เอาประกันภัย ต้องลงลายมือชื่อด้วยตนเอง ให้เหมือนกับที่เคยให้ไว้กับบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ชำระเบี้ย
ลงลายมือชื่อด้วยทุกครั้ง**

“คำแนะนำของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ) สำหรับการเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยเดิม เพื่อไปซื้อกรมธรรม์ประกันภัยใหม่”

- จำนวนเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ที่จะได้รับคืนนั้น จะเป็นจำนวนเงินที่น้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่จ่ายไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรกๆ ของการทำประกันชีวิต
- การซื้อกรมธรรม์ประกันภัยฉบับใหม่ จะทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายเบี้ยประกันภัยที่สูงขึ้นเนื่องจากอายุที่มากขึ้น
- ผู้เอาประกันภัยจะเสียโอกาสในการได้รับความคุ้มครอง รวมถึงสิทธิต่างๆ ตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับเดิมอย่างต่อเนื่อง
- ในการทำสัญญาประกันชีวิตฉบับใหม่ ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ต้องเปิดเผยและแถลงข้อความจริงต่อบริษัทประกันภัยรายใหม่ โดยบริษัทฯ อาจใช้สิทธิโต้แย้งหรือ คัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัยได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในกรมธรรม์ชีวิตฉบับใหม่ ในกรณีสัญญาเพิ่มเติมประกันภัยสุขภาพใหม่ เซ็อนไขเกี่ยวกับระยะเวลารอคอยและสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย จะต้องเริ่มนับใหม่หมด

สัญญาเพิ่มเติม

สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (AI, ADD, ADB) / สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครอง ขาดกรรม ลอบทำร้าย จลาจล สงครามกลางเมือง (RCC) / สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลและ
ศัลยกรรม (H&S) / สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันกรณีรักษาตัวในโรงพยาบาล (HB) / สัญญาเพิ่มเติมประกันภัยโรคร้ายแรง (DD/CI) / สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระ
เบี้ยประกันภัย (PB) / สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP) / สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ และการรักษาพยาบาล OAME

ข้อมูลนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประโยชน์สูงสุดของท่าน ควรศึกษาเพิ่มเติมรายละเอียดความคุ้มครอง ข้อกำหนดในกรมธรรม์