

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 6 อาคารไอเอสทาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th



ใบคำร้องขอต่ออายุกรมธรรม์และเปลี่ยนแปลงความคุ้มครอง

วันที่.....
เลขที่กรมธรรม์.....
ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร / ชื่อตัวแทน (ผู้รับเรื่อง).....
สาขาธนาคาร / สำนักงานตัวแทน (สังกัด).....
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
รหัสตัวแทน / นายหน้า

เปลี่ยนแปลง ก่อน ออกกรมธรรม์ หลัง ออกกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นดังต่อไปนี้

**** สำหรับกรมธรรม์ยูนิค ลิ้งค์ (UL) กรุณาใช้ใบคำร้องขอดำเนินการสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน (ยูนิค ลิ้งค์) เท่านั้น****

ส่วนที่ 1: การขอต่ออายุกรมธรรม์และเปลี่ยนแปลงความคุ้มครอง

1. ต่ออายุกรมธรรม์/ กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
(บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกตรวจสุขภาพเพิ่มเติม และพิจารณาตามระเบียบของบริษัทฯ)

- ต่ออายุกรมธรรม์แบบย้อนหลัง
- ต่ออายุกรมธรรม์แบบเปลี่ยนวันเริ่มต้นแห่งสัญญาประกันภัย

2. เปลี่ยนแบบประกันภัย / จำนวนเงินเอาประกันภัยหลัก / สัญญาเพิ่มเติม

- เปลี่ยนแบบประกันภัยจากเดิม..... เป็นแบบประกันภัยใหม่
- เปลี่ยนจำนวนเงินเอาประกันภัยหลัก โดยขอ ลด เพิ่ม จำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่ เป็น..... บาท
- เปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม

สะดวกและรวดเร็วขึ้น

คุณสามารถทำรายการเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
ออนไลน์ได้ด้วยตนเอง ผ่านแอป FWD Omne



สัญญาเพิ่มเติม	ยกเลิก	ลด / เพิ่ม จำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่ / ผลประโยชน์ใหม่
.....	<input type="checkbox"/> ยกเลิก	<input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม เป็น
.....	<input type="checkbox"/> ยกเลิก	<input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม เป็น
.....	<input type="checkbox"/> ยกเลิก	<input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม เป็น
.....	<input type="checkbox"/> ยกเลิก	<input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม เป็น
.....	<input type="checkbox"/> ยกเลิก	<input type="checkbox"/> ลด <input type="checkbox"/> เพิ่ม เป็น

3. เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน"

4. เปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีหักบัญชีธนาคารอัตโนมัติ/หักบัตรเครดิตอัตโนมัติ หากไม่ใช่บัญชีหรือบัตรเครดิตของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ชำระเบี้ย กรุณาแนบหลักฐานพิสูจน์ความสัมพันธ์

- เงินสด
- หักบัญชีธนาคารอัตโนมัติ หรือสมัครตามคู่มือผ่าน <https://fwdth.co/dd-atm-s>
- หักบัตรเครดิตอัตโนมัติ หรือสมัครหักชำระผ่านแอปพลิเคชัน FWD Omne

“งวดการชำระรายเดือน ต้องหักชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีธนาคาร หรือหักบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติเท่านั้น หรือตามเงื่อนไขแบบประกันภัย

5. ปรับลด / ยกเลิก เบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ จากประวัติสุขภาพ หรืออาชีพ

ยกเลิกข้อเว้นความคุ้มครอง.....
.....

6. การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ (โปรดระบุ หรือแถมข้อมูลเพิ่มเติม).....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทน
โดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับโอนสิทธิ์

ส่วนที่ 2 : คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ / อาชีพ และรายได้ (ข้อ 7 – 13) ** หากเนื้อที่ระบุคำตอบไม่เพียงพอ โปรดระบุรายละเอียดในข้อ 6 การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

7.ก) **อาชีพหลัก**ผู้เอาประกันภัย.....ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... (บาท / ปี)
 ชื่อสถานที่ทำงาน / บริษัท / องค์กร.....เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน / อาคาร.....
 ตรอก / ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....
 อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

7.ข) **อาชีพเสริม**ผู้เอาประกันภัย.....ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... (บาท / ปี)
 ชื่อสถานที่ทำงาน / บริษัท / องค์กร.....เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน / อาคาร.....
 ตรอก / ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....
 อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

8.ก) **อาชีพหลัก**ผู้ชำระเบี้ย (กรณีไม่ใช่คนเดียวกับผู้เอาประกันภัย).....ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... (บาท / ปี)
 ชื่อสถานที่ทำงาน / บริษัท / องค์กร.....เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน / อาคาร.....
 ตรอก / ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....
 อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

8.ข) **อาชีพเสริม**ผู้ชำระเบี้ย (กรณีไม่ใช่คนเดียวกับผู้เอาประกันภัย).....ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... (บาท / ปี)
 ชื่อสถานที่ทำงาน / บริษัท / องค์กร.....เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน / อาคาร.....
 ตรอก / ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....
 อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....

กรุณาตอบคำถามสุขภาพของ ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
9. กรุณาระบุส่วนสูง และน้ำหนัก	ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.	ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของคุณเปลี่ยนแปลง หรือไม่	<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.....

10. คุณเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ระบุอาการ และการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ก) คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี	
ข) มีอาการดังต่อไปนี้ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา <ul style="list-style-type: none"> • อาการอ่อนเพลีย • น้ำหนักลด • ท้องเดินเรื้อรัง • ใช้เรื้อรัง • โรคผิวหนังเรื้อรัง 	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
กรุณาระบุรายละเอียด การแถลงเพิ่มเติม	อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาคุณเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ แพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่				ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการ แถลงเพิ่มเติม	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการแถลง เพิ่มเติม
กรุณาระบุรายละเอียด การแถลงเพิ่มเติม	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับ การตรวจ / รักษา	ผลการตรวจ / รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ / รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)	
ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์					
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย					

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน	ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทน โดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับโอนสิทธิ์
--------------------------	---

12. คุณเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ (หาก ระบุ เคย/มี กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียด ในข้อ 12.ค) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
	<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี
	<input type="checkbox"/> เคย / มี	<input type="checkbox"/> เคย / มี

12.ก) สำหรับการเอาประกันภัยหลัก และสัญญาเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับโรคร้ายแรง								
โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	โรค	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิตเวช	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับ หรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

12.ข) ข้อ 12.ข และ ข้อ 13 สำหรับการเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ								
สายตาศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ติดเชื้อมะเร็งในขั้นกลาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต้อหิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไซนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคความโรค(ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ดาวนซินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ออทิสติก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เส้นประสาทอักเสบ หรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ติ่งเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
นิ่วในไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคนิ้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไล่เลื้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ฝีคันทุตุส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

12.ค) รายละเอียดของข้อ 12.ก และ ข้อ 12.ข				
กรณารายละเอียดการแถลงเพิ่มเติม	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย / การรักษา / ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย / การรักษา / การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย / รักษา / ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

13. คุณเคยมี หรือกำลังมี อาการดังต่อไปนี้ หรือไม่ ไม่เคย / ไม่มี เคย/มี

หาก **เคยมี หรือกำลังมี** กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุอาการ และการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	อาการ	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	อาการ	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เจ็บ หรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาเจียน หรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จำเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องมาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

เฉพาะสตรี กำลังตั้งครรภ์เดือน โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

กรณารายละเอียดการแถลงเพิ่มเติม	อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
ผู้เอาประกันภัย			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับโอนสิทธิ์

ส่วนที่ 3 : การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันด้วยตนเอง)

1. การรับรองสถานะ	
ก. คุณมีสัญชาติ 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. คุณเป็น หรือเคยเป็น ผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่	
ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็น และสิ้นผลบังคับ กรณีเป็น หรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็น และสิ้นผลบังคับ กรณีเป็น หรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ
ค. คุณมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	
ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
ง. คุณมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	
ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

ส่วนที่ 4 : สำหรับการให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะผู้เอาประกันภัย หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับโอนสิทธิ์

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ทราบ และเข้าใจคำถามคำตอบในใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกรรมสิทธิ์นี้ครบถ้วนสมบูรณ์ และได้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทฯ ถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการพิจารณาเพื่ออนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใด ๆ ของกรรมสิทธิ์ประกันภัยฉบับดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมว่าการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่ามิผลบังคับแม้จะได้รับการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกรายการเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว
- ข้าพเจ้ายินยอมว่า กรณีที่ใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกรรมสิทธิ์นี้ใช้เพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ขอกำหนดว่าด้วย การไม่ได้แย้ง หรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และข้อกำหนดเรื่องอัตรวิบัติกรรม จะนำมาบังคับใช้กับการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ที่ได้รับพิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และผู้เยาว์ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมสิทธิ์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมสิทธิ์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า และผู้เยาว์ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในแบบฟอร์มฉบับนี้ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า เพื่อการยืนยันตัวตน และดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ รวมถึงนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯตามรายละเอียดใน <http://www.fwd.co.th/th/privacy-policy/> อย่างชัดเจนแล้ว

เขียนที่วันที่..... เดือน พ.ศ.....

ก่อนลงลายมือชื่อให้คุณกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) (.....) ผู้เอาประกันภัย (กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัทฯ)	(ลงชื่อ) (.....) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) / ผู้รับโอนสิทธิ์
(ลงชื่อ) (.....) พยาน	(ลงชื่อ) (.....) พยาน

กรณีสถานแบบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา พร้อมลงนามรับรองสำเนาในเอกสาร

สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านสำหรับชาวต่างชาติ ของผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

แบบแสดงถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล (CRS Form)

หมายเหตุ: บริษัทฯ จะดำเนินการ เมื่อได้รับคำร้องที่มีข้อมูลครบถ้วนและลงลายมือชื่อโดยผู้มีสิทธิในกรรมสิทธิ์ พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา และเบี้ยประกัน (ถ้ามี) ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว