

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



ใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์

วันที่.....	ชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร / ชื่อตัวแทน (ผู้รับเรื่อง).....
เลขที่กรมธรรม์.....	สาขาธนาคาร / สำนักงานตัวแทน (สังกัด).....
ชื่อผู้เอาประกันภัย.....	หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ.....
	รหัสตัวแทน / นายหน้า
	เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> ก่อน ออกกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> หลัง ออกกรมธรรม์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นดังต่อไปนี้

สะดวกและรวดเร็วขึ้น

คุณสามารถทำรายการเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์
ออนไลน์ได้ด้วยตนเอง ผ่านแอป FWD Omne



- เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณาแนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลง)
 ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้รับโอนสิทธิ์
จากเดิมเป็น ชื่อ-สกุลวัน/เดือน/ปี เกิด.....สัญชาติ.....
เพศ.....เลขบัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง.....วันที่หมดอายุ.....
- เปลี่ยนแปลงลายมือชื่อ หรือ ขอมีลายมือชื่อสำหรับผู้เยาว์บรรลุนิติภาวะแล้ว
ลายมือชื่อเดิมที่เคยให้ไว้.....ลายมือชื่อใหม่
- เปลี่ยนแปลงที่อยู่/ที่จัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสารในประเทศไทย
เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน / อาคาร.....ตรอก / ซอย.....
ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....
- เปลี่ยนแปลงข้อมูลในการติดต่อ โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
โทรศัพท์บ้าน.....อีเมล.....
- เปลี่ยนแปลงข้อมูลอาชีพ/สถานที่ทำงาน ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้รับโอนสิทธิ์
อาชีพ.....ประเภทธุรกิจ.....ตำแหน่ง.....
ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
ชื่อสถานที่ทำงาน / บริษัท / องค์กรเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน / อาคาร.....
ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....
- เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น โดยยกเลิกจากเดิมทั้งหมด และกำหนดใหม่ตามรายชื่อบุคคลดังต่อไปนี้
*ส่วนแบ่งร้อยละรวมทั้งหมดไม่เกิน 100% (โปรดระบุจำนวนเต็ม / ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆ กัน)

ชื่อ - นามสกุล	เพศ	เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง	วันเดือนปีเกิด	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์

- ถอนเงินฝากสะสมทั้งหมดกับเอฟดับบลิวดี โดยรับเงินสด (เฉพาะครั้งนี้)
 โอนเข้าบัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร) พร้อมเพย์ตามเลขประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้รับโอนสิทธิ์
- เปลี่ยนวิธีการรับเงินสดตามกรมธรรม์ / เงินปันผล (ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขแบบประกันภัย)
 โอนเข้าบัญชีธนาคาร (แนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร) พร้อมเพย์ตามเลขประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้รับโอนสิทธิ์
 นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ฝากสะสมกับเอฟดับบลิวดี

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

9. เปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัย เป็น รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

10. เปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

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

*งวดการชำระรายเดือน ต้องหักชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีธนาคาร หรือหักบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติเท่านั้น หรือตามเงื่อนไขแบบประกันภัย

11. เปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น ตนเอง บุคคลอื่น นิติบุคคล

เหตุผลในการเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยใหม่ ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....

บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....วันที่หมดอายุ.....สัญชาติ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

อาชีพ.....ประเภทธุรกิจ.....ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท

ชื่อสถานที่ทำงาน/บริษัท/องค์กร.....เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์บ้าน.....อีเมล.....

12. ขอสำเนากรมธรรม์หรือคู่ฉบับทดแทนฉบับเดิม เนื่องจาก ฉบับเดิมชำรุด ฉบับเดิมสูญหาย (แนบใบแจ้งความกรณีสูญหาย)

13. การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ (โปรดระบุ หรือแถมข้อมูลเพิ่มเติม).....

ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในแบบฟอร์มฉบับนี้ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า เพื่อการ

ยืนยันตัวตน และดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

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

เขียนที่วันที่ เดือน พ.ศ.....

ก่อนลงลายมือชื่อให้คุณกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)
.....
ผู้เอาประกันภัย
(กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับให้ไว้กับบริษัทฯ)

(ลงชื่อ)
.....
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) / ผู้รับโอนสิทธิ์

(ลงชื่อ)
.....
พยาน

(ลงชื่อ)
.....
พยาน

กรุณาแนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา พร้อมลงนามรับรองสำเนาในเอกสาร

- สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางสำหรับชาวต่างชาติ ของผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง (ทุกกรณี)
- กรณีเปลี่ยนผู้รับประโยชน์ - สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง ของผู้รับประโยชน์ทุกคน และหลักฐานพิสูจน์ความสัมพันธ์
- กรณีเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นบุคคลอื่น - สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ชำระเบี้ย และหลักฐานพิสูจน์ความสัมพันธ์
- กรณีเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นนิติบุคคล - สำเนาหนังสือจดทะเบียนบริษัทไม่เกิน 6 เดือน, รายงานการประชุม, สำเนาบัตรประชาชนผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้รับมอบอำนาจ
- กรณีเปลี่ยนแปลงที่อยู่ หรือเบอร์โทรศัพท์ หรือที่ทำงาน ไปยังต่างประเทศ - แบบแปลนถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล (CRS Form)

หมายเหตุ: บริษัทฯ จะดำเนินการ เมื่อได้รับคำร้องที่มีข้อมูลครบถ้วนและลงลายมือชื่อโดยผู้มีสิทธิในกรมธรรม์ พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา และเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี) ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว