

ใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกรมธรรม์

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลง และ/หรือใช้สิทธิตามกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 : การขอเปลี่ยนแปลงทั่วไป

สะดวกและรวดเร็วขึ้น

คุณสามารถทำรายการเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ออนไลน์ได้ด้วยตนเอง ผ่านแอป Omne by FWD



- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงจากเดิมเป็น ชื่อ - สกุล
- ลายมือชื่อ (เดิม)..... ลายมือชื่อ (ใหม่)
- ขอเปลี่ยนแปลงสถานที่ติดต่อจากเดิม เป็น เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน / อาคาร.....
 ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....
 อำเภอ / เขต.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....
 อีเมล.....
- ขอเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น โดยยกเลิกจากเดิมทั้งหมด และกำหนดใหม่ตามรายชื่อบุคคลดังต่อไปนี้
**** ส่วนแบ่งร้อยละรวมทั้งหมดไม่เกิน 100% (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆ กัน) ****
 (หากมากกว่า 4 คน โปรดระบุเพิ่มเติมในข้อ 13)

ชื่อ - นามสกุล	เพศ	เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง	วันเดือนปีเกิด	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์

สำหรับเอกสารประกอบ ส่วนที่ 1

- ข้อ 1-4
 สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีบุคคลต่างชาติ) รับรองสำเนาถูกต้อง
 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ข้อ 3
 กรณีเปลี่ยนแปลงที่อยู่ หรือเบอร์โทรศัพท์ไปยังต่างประเทศ กรุณากรอกแบบแปลนถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกคาประเภทบุคคลธรรมดา (CRS Form)
- ข้อ 4
 สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางของผู้รับประโยชน์ทุกคน
 หลักฐานพิสูจน์ความสัมพันธ์ (กรณีไม่ใช่บิดา, มารดา, คู่สมรส หรือบุตร)

ส่วนที่ 2 : การขอเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับใช้สิทธิตามกรมธรรม์ อาชีพ / รายได้ และอื่นๆ

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

- ขอต่ออายุกรมธรรม์ (บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกตรวจสุขภาพเพิ่มเติม และการพิจารณาอนุมัติขอต่ออายุกรมธรรม์ตามระเบียบของบริษัทฯ)
 ขอต่ออายุกรมธรรม์แบบย้อนหลัง ขอต่ออายุกรมธรรม์แบบเปลี่ยนวันเริ่มต้นแห่งสัญญาประกันภัย
- ขอเปลี่ยนแบบประกันภัย / จำนวนเงินเอาประกันภัย / สัญญาเพิ่มเติม
 ขอเปลี่ยนแบบประกันภัยจากเดิม..... เป็นแบบประกันภัยใหม่
- ขอเปลี่ยนจำนวนเงินเอาประกันภัยโดยขอ ลดทุน เพิ่มทุน จำนวนเงินเอาประกันภัยใหม่
- 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
- ขอเปลี่ยนแปลงผู้ชำระเบี้ยประกันภัย จากเดิมเป็น ชื่อ - สกุลความสัมพันธ์.....
- ขอเปลี่ยนงวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

สำหรับเอกสารประกอบ ส่วนที่ 2

- ข้อ 5-13
 สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีบุคคลต่างชาติ) รับรองสำเนาถูกต้อง
 หลักฐานการชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)
- ข้อ 5 และ ข้อ 7
 กรอกแบบแปลนถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกคาประเภทบุคคลธรรมดา (CRS Form)
 กรอกส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ / อาชีพ และรายได้
 กรอกส่วนที่ 4 การรับรองสถานะ FATCA
 สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีมีเงินคืน)

9. ขอเปลี่ยนวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย เงินสด
 หักบัญชีธนาคารอัตโนมัติ หรือสมัครตามคู่มือผ่าน <https://fwdth.co/dd-atm-s>
 หักบัตรเครดิตอัตโนมัติ หรือสมัครตามคู่มือผ่าน <https://fwdth.co/Recurrings>
 **งวดการชำระรายเดือน ต้องหักชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีธนาคาร หรือหักบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติเท่านั้น หรือตามเงื่อนไขแบบประกันภัย

10. ขอก่อนเงินฝากสะสมทั้งหมดกับเอฟดับบลิวดี โดยรับเงินสด โอนเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมเพย์ตามเลขประจำตัวประชาชน

11. ขอเปลี่ยนวิธีการรับเงินสดคืนตามกรมธรรม์ / เงินปันผล (ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขแบบประกันภัย)
 โอนเข้าบัญชีธนาคาร พร้อมเพย์ตามเลขประจำตัวประชาชน นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ฝากสะสมกับเอฟดับบลิวดี

12. ขอลงกรมธรรม์ฉบับใหม่ เนื่องจาก ฉบับเดิมชำรุด ฉบับเดิมสูญหาย ** (แบบใบแจ้งความกรณีสูญหาย)

13. ขอเปลี่ยนแปลงอื่นๆ (โปรดระบุ หรือแนบข้อมูลเพิ่มเติม)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อ 10 และ 11
 สำเนาบัญชีธนาคาร

ส่วนที่ 3 : คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ / อาชีพ และรายได้

** หากเนื้อที่ระบุคำตอบไม่เพียงพอ โปรดระบุรายละเอียดในข้อ 13 ขอเปลี่ยนแปลงอื่นๆ **

14. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... (บาท / ปี)

15. อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... (บาท / ปี)

กรุณาตอบคำถามสุขภาพของ ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
16. กรุณาระบุส่วนสูง และน้ำหนัก	ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.	ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลง 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.....
17. ท่านเคยมี 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 • อาการอ่อนเพลีย • น้ำหนักลด • ท้องเดินเรื้อรัง • ไข้เรื้อรัง • โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

กรณาระบุรายละเอียด การแถลงเพิ่มเติม	อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

18. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่

ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการแถลงเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก เคย ให้ระบุในช่องการแถลงเพิ่มเติม

กรณาระบุรายละเอียด การแถลงเพิ่มเติม	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการ ตรวจ / รักษา	ผลการตรวจ / รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ / รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน

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

19. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ (หาก ระบุ เคย/มี กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียด ในข้อ 19 ค) (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

19.ก) สำหรับการเอาประกันภัยหลัก และสัญญาเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรง								
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"/>			

19.ข) ข้อ 19.ข และ ข้อ 20 สำหรับการเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ								
สายตาดำเนินการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ติดเชื้ในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอวัยวะตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมไทรอยด์	<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"/>	โรคความดันโลหิต (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไตเรื้อรัง	<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"/>	ไส้เลื่อน	<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"/>	ฝีคันทสูตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

19.ค) รายละเอียดของข้อ 19.ก และ ข้อ 19.ข				
กรณารายละเอียดการแถลงเพิ่มเติม	โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย / การรักษา / ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย / การรักษา / การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย / รักษา / ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้เอาประกันภัย / ผู้เยาว์				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

20. ท่าน เคยมี หรือกำลังมี อาการดังต่อไปนี้ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย / ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี								
หาก เคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์เดือน <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด								
กรณารายละเอียดการแถลงเพิ่มเติม	อาการ			วัน / เดือน / ปี ที่เริ่มมีอาการ		อาการปัจจุบัน		
ผู้เอาประกันภัย								
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย								
ลงชื่อ.....พยาน / ตัวแทน				ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับโอนสิทธิ์				

ส่วนที่ 4 : การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

1. การรับรองสถานะ
 ก. ท่านมีสัญชาติ 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. ท่านเป็น 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. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
--	---

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
--	---

2. คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (-บริษัท-) มีข้อผูกพัน หรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 5 : สำหรับการให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะผู้เอาประกันภัย หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย / ผู้รับโอนสิทธิ์

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ทราบ และเข้าใจคำถามคำตอบในใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกรรมธรรม์นี้ครบถ้วนสมบูรณ์ และได้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ และข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทถือเอาคำตอบดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการพิจารณาเพื่ออนุมัติการกลับสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลง หรือการเพิ่มเติมใด ๆ ของกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมว่าการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้างต้น จะไม่ถือว่าผลบังคับแม้จะได้มีการชำระเงิน หรือมีการตกลงเรื่องการชำระเงิน หรือบันทึกการเกี่ยวข้องกับเบี้ยประกันภัยใดๆ จนกว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทจะได้พิจารณาอนุมัติแล้ว
- ข้าพเจ้ายินยอมว่า กรณีที่ใบคำร้องขอเปลี่ยนแปลง และใช้สิทธิตามกรรมธรรม์นี้ใช้เพื่อการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ขอกำหนดว่าด้วย การไม่ได้แย้ง หรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และขอจำกัดเรื่องอรรถวิบัติกรรม จะนำมาบังคับใช้กับการกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมใดๆ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ที่ได้รับพิจารณาอนุมัติคำขอดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และผู้เยาว์ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า และผู้เยาว์ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล
 ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่ปรากฏในแบบฟอร์มฉบับนี้ และสำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนของข้าพเจ้า เพื่อการยืนยันตัวตน และดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

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

เขียนที่วันที่..... เดือน พ.ศ.....

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) (.....) ผู้เอาประกันภัย (กรุณาลงลายมือชื่อให้เหมือนกับที่ไว้กับบริษัท)	(ลงชื่อ) (.....) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) / ผู้รับโอนสิทธิ์
--	---

หมายเหตุ : บริษัทจะดำเนินการ เมื่อได้รับคำร้องที่มีข้อมูลครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกันภัย (ตัวจริง) พร้อมทั้งเอกสารประกอบการพิจารณา และเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี) ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว