บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มแบบคุ้มครองสินเชื่อ (สำหรับสมาชิก)
ชื่อตัวแทน/นายหน้า ..... รหัส .....
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยจงตอบคำถามข้างล่างนี้ตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

1.**ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย** ..... เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ ..... สัญชาติ.....
(นามสกุลเดิม .....) ชื่อภรรยา/สามี..... สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
วันเดือนปีเกิด.....อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา.....ปี เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง

2. ที่อยู่ที่ติดต่อปัจจุบัน.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ : บ้าน.....มือถือ.....ที่ทำงาน.....อีเมล์.....

3. ชื่อสถานที่ทำงาน / ประเภทธุรกิจ.....
อาชีพ/ตำแหน่ง/หน้าที่..... รายได้รวมต่อปี.....บาท

4. ข้อมูลการกู้เงิน ประเภท ☐ ..... ☐ ..... ☐ .....
วงเงินขอกู้ ..... บาท ระยะเวลากู้.....ปี
ชื่อผู้กู้ร่วม 1..... 2.....

5. **ข้อมูลการขอเอาประกันภัย** จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
จำนวนเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว) .....บาท

ชื่อ- ผู้กู้ร่วมที่ขอเอาประกันภัย	**เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง**	**จำนวนเงินเอาประกันภัย**

6.ผู้รับประโยชน์หลัก คือผู้ถือกรมธรรม์ (ธนาคาร,สถาบันการเงิน) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือจะจ่ายให้แก่

ชื่อผู้รับผลประโยชน์รอง	อายุ (ปี)	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง	ความสัมพันธ์	ส่วนแบ่ง (%)

หากมีผู้รับประโยชน์รองหลายคนและไม่ระบุส่วนแบ่งจะจ่ายให้คนละเท่าๆกัน

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

8. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน ☐ คงเดิม ☐ **เพิ่มขึ้น**.....ก.ก ☐ **ลดลง** .....ก.ก

9.ก) ท่านเป็นหรือเคยเป็นหรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคมะเร็งและเนื้องอกอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อมธัยรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคระบบประสาทและสมอง โรคปอด วัณโรค โรคหอบหืด โรคตับ โรคไต โรคระบบทางเดินอาหาร โรคลมชัก โรคจิต โรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความบกพร่องพิการทางร่างกาย โรคเอดส์ (HIV)หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

ข) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย เคยได้รับการรักษา การปรึกษาหรือคำแนะนำจากแพทย์ หรือการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

ค)ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆหรือยามึนเมาหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

ถ้าตอบ ว่า *เคย* โปรดชี้แจง – ภาวะการเจ็บป่วย การตรวจ/วินิจฉัย ผลการรักษา ครั้งสุดท้ายที่รักษา ชื่อแพทย์และสถานที่รักษา
.....

การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน **หรือ** มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สละความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย **หรือ** มีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ **หรือ** มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา **หรือ** มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

❑ **ไม่เป็น** ❑**เป็น**

ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่

❑ **ไม่มี** ❑ **มี**

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อ.....
( )

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

การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ **มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ **ไม่มีความประสงค์**

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อ กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....พยาน (ลงชื่อ) .....ผู้ขอเอาประกันภัย

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

(ลงชื่อ) .....พยาน

(.....)

กรุณาเซ็นชื่อกำกับตรงที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบข้อความ

หมายเหตุ

- ตามกฎเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัท การอนุมัติกรมธรรม์คุ้มครองเงินกู้ (MRTA) จำนวนเงินเอาประกันภัยต้องไม่เกินวงเงินสินเชื่อที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับอนุมัติ กรณีที่วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ หรืออายุของผู้ขอเอาประกันภัยเพิ่มขึ้น ณ วันทำสัญญากู้ บริษัทจะปรับลดจำนวนเงินเอาประกันภัยให้อยู่ภายในวงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ หรือให้เป็นไปตามอายุจริงของผู้ขอเอาประกันภัย ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัท
- ในกรณีมีเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่จะต้องคืนให้แก่ผู้ขอเอาประกันภัย บริษัทจะดำเนินการนำส่งเช็คเงินคืนค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยผ่านทางธนาคารทหารไทยในฐานะนายหน้าประกันภัย

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
fwd.co.th

FWD insurance

หนังสือความยินยอมเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่…….....

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“เอฟดับบลิวดี”) พร้อมส่งมอบประสบการณ์ที่ดีที่สุดให้แก่คุณ เราตระหนักดีว่าความปลอดภัยของข้อมูลของคุณเป็นสิ่งสำคัญ เราเคารพในสิทธิความเป็นส่วนตัว และสัญญาว่าการประมวลผลข้อมูลของคุณ จะเป็นไปตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดี เพื่อผลประโยชน์ต่อตัวคุณ โปรดอ่านรายละเอียดและให้ความยินยอม ดังนี้

(ส่วนที่ 1) ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยฯ) และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง เอฟดับบลิวดีอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่เอฟดับบลิวดีหรือผู้แทนของเอฟดับบลิวดี เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้เอฟดับบลิวดีเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรมเชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับเอฟดับบลิวดี จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้เอฟดับบลิวดีไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า เอฟดับบลิวดีจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีที่ปรากฏใน www.fwd.co.th รวมทั้งรับทราบว่าเอฟดับบลิวดีจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่เอฟดับบลิวดีเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่เอฟดับบลิวดีและจะแจ้งเอฟดับบลิวดี หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคอื่นที่ได้ ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว www.fwd.co.th ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
   (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าเอฟดับบลิวดีและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ส่วนที่ 2) เพื่อการวิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ ผลิตภัณฑ์ ที่ดียิ่งขึ้น

คุณยินยอมให้เอฟดับบลิวดี เก็บ รวบรวม ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล (เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์) และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวของข้าพเจ้าที่อยู่ในความครอบครองของเอฟดับบลิวดี เพื่อวิเคราะห์ สำรวจความพึงพอใจ พัฒนาปรับปรุงบริการหรือผลิตภัณฑ์ บริหารจัดการภายใน จัดการเรื่องร้องเรียน ตรวจสอบธุรกรรมที่อาจจะเกิดการทุจริต และ/หรือ เพื่อการปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบของประเทศใด ๆ ที่ใช้บังคับกับเอฟดับบลิวดี

หากเอฟดับบลิวดีไม่ได้รับความยินยอมในข้อนี้หรือคุณใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมภายหลัง เอฟดับบลิวดีจะไม่สามารถวิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ / ผลิตภัณฑ์ได้

(ส่วนที่ 3) เพื่อการสื่อสารข้อมูลผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์ที่ตรงใจคุณ

(1) คุณยินยอมให้ เอฟดับบลิวดี เก็บ รวบรวม และใช้ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว เพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์และโฆษณา ส่งข่าวสาร ส่งเนื้อหาการส่งเสริมการขายและการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บริการ กิจกรรมต่าง ๆ และข้อเสนอพิเศษอื่น รวมถึงข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ของ เอฟดับบลิวดี

(2) คุณยินยอมให้ เอฟดับบลิวดี โอน และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ให้แก่บริษัทคู่ค้า และบริษัทในเครือกลุ่มเอฟดับบลิวดี เพื่อวิเคราะห์ จัดเก็บ สำรวจความพึงพอใจ บริหารจัดการภายใน พัฒนาและ/หรือปรับปรุงบริการ หรือผลิตภัณฑ์ของตน และเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์และโฆษณา ส่งข่าวสาร ส่งเนื้อหาการส่งเสริมการขายและการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บริการ กิจกรรมต่าง ๆ และข้อเสนอพิเศษอื่น รวมถึงข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ

หากคุณให้ความยินยอม คุณจะไม่พลาดโอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ ข้อเสนอพิเศษ คำแนะนำ และข่าวสารต่างๆ

ทั้งนี้ กรณีที่คุณให้ความยินยอม ถือเป็นการให้ความยินยอมสำหรับ**ทุก**กรมธรรม์ที่คุณมีอยู่และจะมีกับเอฟดับบลิวดี จนกว่าคุณจะถอนความยินยอม และคุณมีสิทธิยกเลิกการให้ความยินยอมได้ผ่านช่องทางออนไลน์ FWD Link หรือศูนย์บริการลูกค้า โทร 1351 ตามวัน-เวลาทำการของเรา โดยการยกเลิกความยินยอมในส่วนที่ 2 และ 3 จะไม่กระทบสัญญาประกันภัยระหว่างคุณและเอฟดับบลิวดี

คุณได้รับทราบ และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีตามรายละเอียดใน https://www.fwd.co.th/th/privacy-policy/ **อย่างชัดเจนแล้ว และยินยอมให้เอฟดับบลิวดี เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัย ตามส่วนที่ 1 และ**

ส่วนที่ 2 ความยินยอมเพื่อการวิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ ผลิตภัณฑ์ ที่ดียิ่งขึ้น

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ส่วนที่ 3 ความยินยอมเพื่อการสื่อสารข้อมูลผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยฯ)/
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ:

- บริษัทคู่ค้า หมายถึง บุคคลดังต่อไปนี้
  1) นิติบุคคลหรือบุคคลใด ๆ ที่ เป็นพันธมิตรทางธุรกิจ รวมถึงผู้ให้บริการแก่ FWD ได้แก่ https://www.fwd.co.th/th/third-parties/ และ/หรือ
  2) ธนาคาร หมายถึง ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
  3) บริษัทในกลุ่มธุรกิจทางการเงินของธนาคาร ได้แก่ บริษัท ไทยพาณิชย์โพรเทค จำกัด
- บริษัทในเครือกลุ่มเอฟดับบลิวดี (FWD Group) หมายถึง FWD Group Management Holdings Ltd. รวมถึงบริษัทลูก บริษัทโฮลดิ้ง บริษัทในกลุ่ม บริษัทร่วม และบริษัทที่อยู่ภายใต้การจัดการของบริษัทในเครือกลุ่มเอฟดับบลิวดีทั้งหมด สามารถดูรายละเอียดได้ที่ https://www.fwd.co.th/th/third-parties/