



**ข. ผลของการไม่ให้ออมูล**

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ออมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ออมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว หรือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย ดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

**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 ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท 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 ชิดฆ่า ขูดลบข้อความ

**หมายเหตุ**

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

## หนังสือความยินยอมเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“เอฟดับบลิวดี”) พร้อมส่งมอบประสบการณ์ที่ดีที่สุดให้แก่คุณ เราตระหนักดีว่า ความปลอดภัยของข้อมูลของคุณเป็นสิ่งสำคัญ เราเคารพในสิทธิความเป็นส่วนตัว และสัญญาว่าการประมวลผลข้อมูลของคุณ จะเป็นไปตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดี เพื่อผลประโยชน์ต่อตัวคุณ โปรดอ่าน รายละเอียดและให้ความยินยอม ดังนี้

(ส่วนที่ 1) ขอความยินยอมยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/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/หรือผู้แทน โดยชอบธรรมยินยอมให้เอฟดับบลิวดีเก็บรวบรวม 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 จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้เอฟดับบลิวดีไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า เอฟดับบลิวดีจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีที่ปรากฏใน [www.fwd.co.th](http://www.fwd.co.th) รวมทั้งรับทราบว่าเอฟดับบลิวดีจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล และส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่เอฟดับบลิวดีเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่เอฟดับบลิวดีและจะแจ้งเอฟดับบลิวดี หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.fwd.co.th](http://www.fwd.co.th) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
  - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าเอฟดับบลิวดีและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ส่วนที่ 2) เพื่อการวิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ ผลิตภัณฑ์ ที่ดียิ่งขึ้น

คุณยินยอมให้เอฟดับบลิวดี เก็บ รวบรวม ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล (เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์) และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวของข้าพเจ้าที่อยู่ในความครอบครองของเอฟดับบลิวดี เพื่อวิเคราะห์ สืบหาความพึงพอใจ 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 สืบหาความพึงพอใจ บริหารจัดการภายใน พัฒนาและ/หรือปรับปรุงบริการ หรือผลิตภัณฑ์ของคุณ และเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์และโฆษณา ส่งข่าวสาร ส่งเนื้อหาการส่งเสริมการขายและการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บริการ กิจกรรมต่าง ๆ และข้อเสนอพิเศษอื่น รวมถึงข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ

หากคุณให้ความยินยอม คุณจะไม่สามารถโอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ ข้อเสนอพิเศษ คำแนะนำ และข่าวสารต่างๆ



ทั้งนี้ กรณีที่คุณให้ความยินยอม ถือเป็นกรให้ความยินยอมสำหรับทุกกรมธรรม์ที่คุณมีอยู่และจะมีกับเอฟดับบลิวดี 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).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยฯ)/

วันที่...../...../.....

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/  
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ:

- บริษัทผู้ค้า หมายถึง บุคคลดังต่อไปนี้
  - 1) นิติบุคคลหรือบุคคลใด ๆ ที่เป็นพันธมิตรทางธุรกิจ รวมถึงผู้ให้บริการแก่ FWD ได้แก่ <https://www.fwd.co.th/th/third-parties/> และ/หรือ
  - 2) ธนาคาร หมายถึง ธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
  - 3) บริษัทในกลุ่มธุรกิจทางการเงินของธนาคาร ได้แก่ บริษัท ไทยพาณิชย์โพเทค จำกัด
- บริษัทในเครือกลุ่มเอฟดับบลิวดี (FWD Group) หมายถึง FWD Group Management Holdings Ltd. รวมถึงบริษัทลูก บริษัท โฮลดิ้ง บริษัทในกลุ่ม บริษัทร่วม และบริษัทที่อยู่ภายใต้การจัดการของบริษัทในเครือกลุ่มเอฟดับบลิวดีทั้งหมด สามารถดูรายละเอียดได้ที่ <https://www.fwd.co.th/th/third-parties/>