



# โอเดียการขาย สินค้าสุขภาพ และโรคภัยแรง

(Srikrung Broker)

C2 - Internal



COM67-853  
ปรับปรุงล่าสุด 05/09/67

# หัวข้ออบรม

1

## ภาพรวมธุรกิจประกันชีวิต

- ข้อมูลเบี้ยประกันภัยรวบรวมแยกตามผลิตภัณฑ์ โตรมาสที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2567)
- แนวโน้มการเกิดโรคร้ายแรง
- ค่ารักษาพยาบาล และสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

Page

3 - 11

2

## ความสำคัญของประกันชีวิต

- บริษัทประกันชีวิตรับความเสี่ยงอย่างไร
- ใครที่ควรทำประกันสุขภาพ

12 - 17

3

## จุดเด่นผลิตภัณฑ์

- FWD Precious CARE
- CI 50

18 - 32

4

## เครื่องมือการเสนอขาย

- ขั้นตอนการดาวน์โหลดและติดตั้งเพื่อใช้งาน FWD CUBE
- การสร้างใบเสนอราคา (Sale Illustration) – FNA No Advice
- eAPP System - การขายแบบไม่พบหน้า (DF2F)

33 - 93

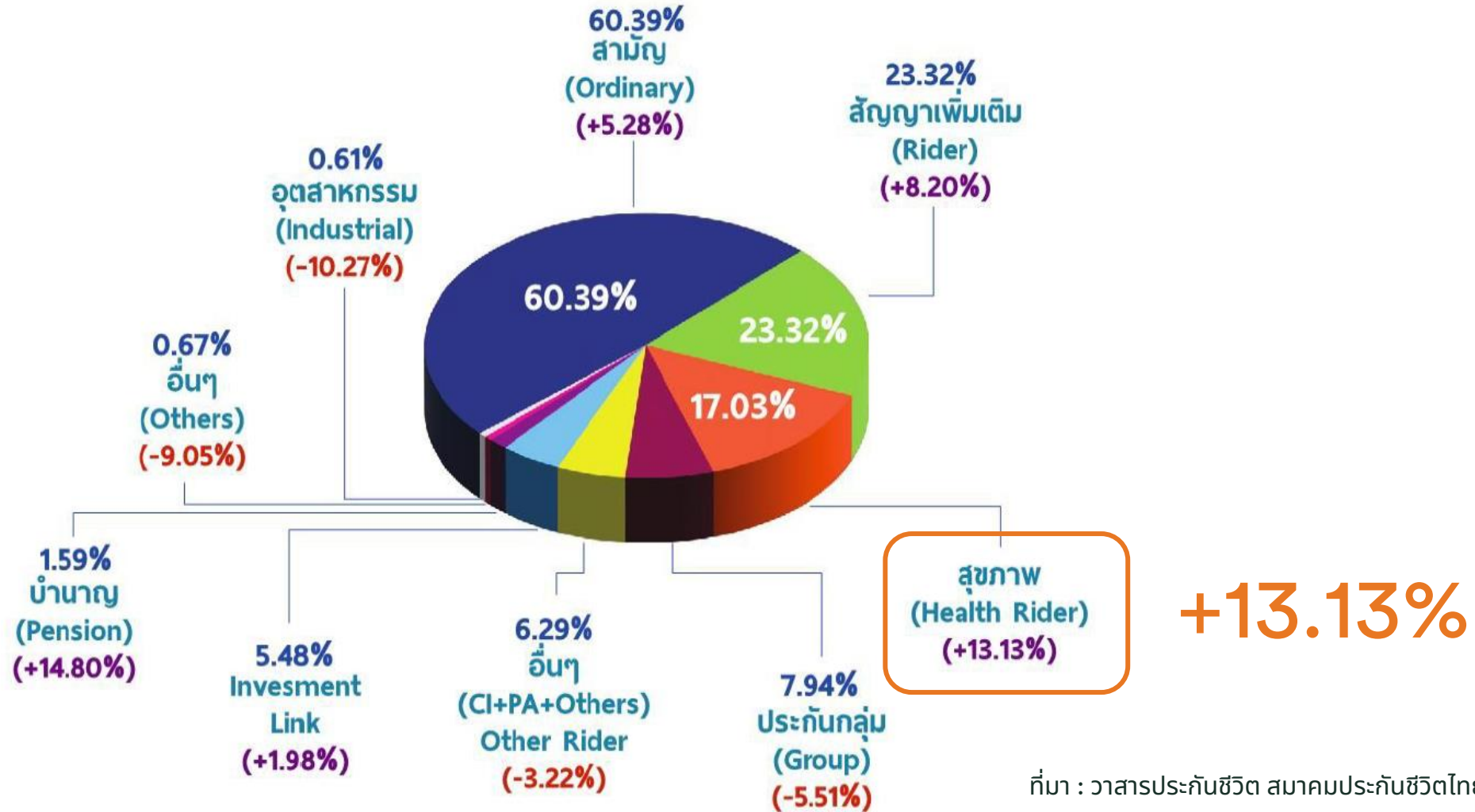
# 01



## ภาพรวม ธุรกิจประกันชีวิต

- แนวโน้มการเกิดโรคร้ายแรง
- ค่ารักษาโรคร้ายแรง

# ข้อมูลเบี้ยประกันภัยรวบรวมแยกตามผลิตภัณฑ์ ไตรมาสที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2567)



ที่มา : วาสารประกันชีวิต สมาคมประกันชีวิตไทย เดือนพฤษภาคม 2567

# ตารางแสดงเบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม เดือนมกราคม – มีนาคม ปี 2566 - 2567

เบี้ยประกันภัย	Jan - Mar 2023	Market share %	Jan - Mar 2024	Market share %	Growth rate % + (-)
<b>สัญญาเพิ่มเติม</b>					
อุบัติเหตุ (PA)	4,308	2.75%	4,065	2.48%	-5.63%
สุขภาพ (Health)	24,687	15.77%	27,928	17.03%	13.13%
โรคร้ายแรง (CI)	4,452	2.84%	4,848	2.96%	8.89%
อื่นๆ (Others)	1,898	1.21%	1,402	0.86%	-26.14%
รวมเบี้ยสัญญาเพิ่มเติม (11+12+13+14)	35,346	22.58%	38,243	23.32%	8.20%
เบี้ยประกันภัยริบรวม (10+15) (Total Premium)	156,568	100.00%	163,959	100.00%	4.72%
<b>Health + CI</b>	<b>29,140</b>	<b>18.61%</b>	<b>32,776</b>	<b>19.99%</b>	<b>12.48%</b>

**+13.13%**  
**+8.89%**

ที่มา : วาสารประกันชีวิต สมาคมประกันชีวิตไทย เดือนพฤษภาคม 2567

คุณคิดว่าคนไทยเจ็บป่วย  
ด้วยโรคอะไรมากที่สุด?



# 5 โรคร้ายแรง ที่คนไทยเป็นมากที่สุด

1

## โรคมะเร็ง

เกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 400 คน/วัน

2

## โรคหลอดเลือดหัวใจ

เกิดจากความเสียหายของผนังหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และการสะสมของคอเลสเตอรอลหรือไขมันจับตัว

3

## โรคเบาหวาน

โรคความเสื่อมของกระบวนการเผาผลาญพลังงานจากน้ำตาลในเลือด

4

## โรคความดันโลหิตสูง

เกิดจากความดันเลือดมีความผิดปกติ ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหายหรือฉีกขาด

5

## โรคหัวใจ

เกิดจากสภาวะการทำงานที่ผิดปกติของระบบหัวใจ และเป็นสาเหตุต้นๆของการเสียชีวิตทั่วโลก

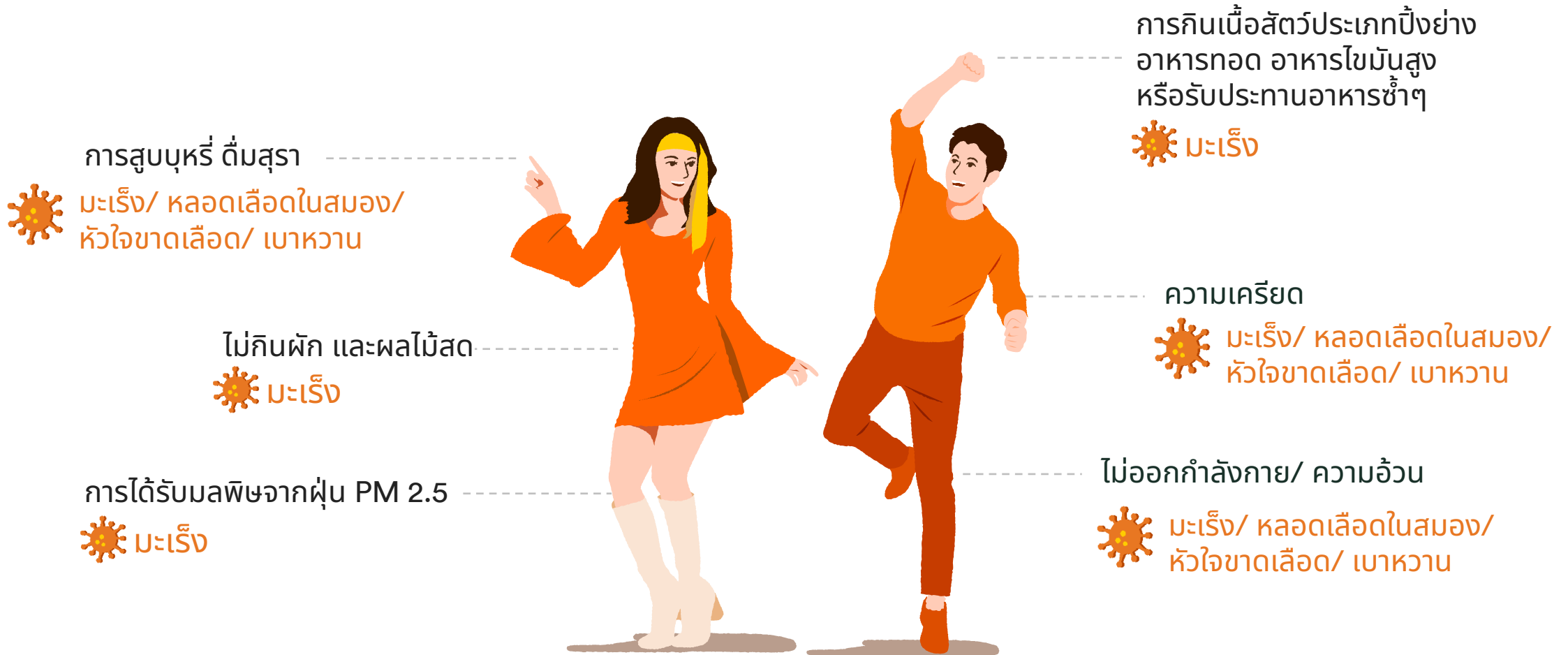
ที่มา : [www.pathlab.co.th](http://www.pathlab.co.th)

สาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยด้วย  
โรคร้ายแรงคือ?





# ตัวอย่างพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรง



ที่มา : สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDB)

# ค่ารักษาพยาบาลโดยประมาณของแต่ละโรค

โรคมะเร็ง	ค่ารักษาพยาบาล (บาท)
มะเร็งเต้านม	69,300
มะเร็งลำไส้ใหญ่	103,000
มะเร็งปอด	141,100
มะเร็งปากมดลูก	144,400
มะเร็งหลอดอาหาร	150,800
มะเร็งต่อมลูกหมาก	184,400

โรคหัวใจ	ค่ารักษาพยาบาล (บาท)
การทำบอลลูนและใส่ขดลวดเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ	43,000-275,000
การทำบอลลูน (อย่างเดียว)	76,000-139,000
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ	124,000-503,000
การใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ	18,000-436,000

โรคไต	ค่ารักษาพยาบาล (บาท)
ค่าฟอกเลือด สำหรับครั้งแรก (มีการเปิดใช้ตัวกรองครั้งแรก 1,200บาท)	3,400
ค่าฟอกเลือด ในครั้งต่อๆ ไป	2,200
ค่าฟอกเลือด (ไอซียู)	4,700

\* หากเป็นค่ารักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า (Targeted Therapy) ค่ารักษาพยาบาลจะอยู่ที่หลักล้านขึ้นไป

โรคร้ายแรงอื่นๆ	ค่ารักษาพยาบาล (บาท)
โรคตับแข็ง	650,000
หลอดเลือดสมองแตกจับพลัน	300,000
โรคปอดอักเสบ	5,000-10,000
เบาหวาน	1,000-5,000 / ครั้ง

โรคอื่นๆ	ค่ารักษาพยาบาล (บาท)
ไขหวัดใหญ่	46,216 - 72,371
โรคไข้เลือดออก	24,000 - 84,393
ผ่าตัดต่อกระดูก	73,404 - 101,635
โรคความดันสูง	25,722 - 120,298
แผลในกระเพาะอาหาร	50,000 - 150,000
ผ่าตัดไส้ติ่ง	101,930 - 159,720
ผ่าตัดข้อเข่า	290,598 - 353,520

# สถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ “ประเทศไทย”

คาดว่าในอีก

15 ปี

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

1.4 ล้านล้านบาท

✓ เมื่อเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” สมบูรณ์

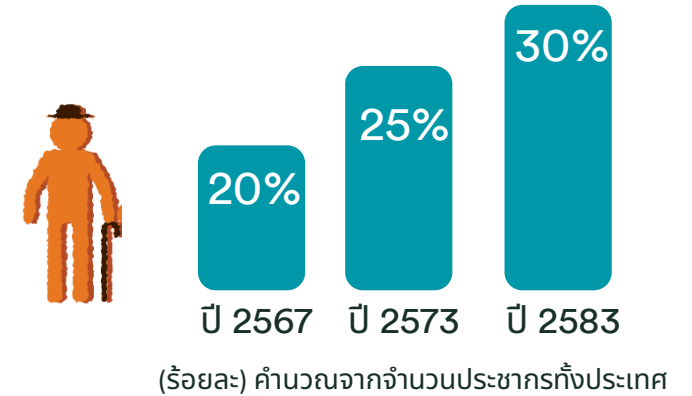
จะเพิ่มเป็น 1.8 ล้านล้านบาท

✓ หากมีการควบคุมค่าใช้จ่าย

จะเหลือ 1.3 ล้านล้านบาท (-38%)

ที่มา : สมาคมประกันวินาศภัยไทย ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2567

ประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต



✓ ไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์

✓ อัตรารักษาเพื่อทางการแพทย์

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ “เพิ่มสูงขึ้น”

- กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)
- เทคโนโลยีและสิริภัณฑ์
- ผลตอบแทนการลงทุน

# 02



## ความสำคัญของ ประกันชีวิต

- บริษัทประกันชีวิตรับความเสี่ยงอย่างไร

A photograph of two people from behind, standing in a room with large windows. They have their right fists raised in a gesture of solidarity or protest. The room is filled with warm, golden light from the windows, creating a dramatic and hopeful atmosphere. The background shows some musical equipment like a microphone stand and a chair.

**หากเจ็บป่วยหรือเป็นโรคร้ายแรง  
เราพร้อมรับมืออย่างไร?**

# หากวันนี้เจ็บป่วย จะนำเงินที่ไหนมารักษา?

1

## เงินเก็บ

นำเงินออมที่เก็บไว้มารักษาตัว

2

## กู้เงิน

การกู้เงินจากธนาคารส่วน  
สินเชื่อกำรรักษา แม้จะต้องแลก  
กับดอกเบี้ยเงินกู้ที่สูงมาก

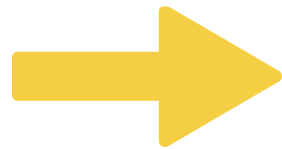
3

## ประกันสุขภาพ

เปลี่ยนเงินหลักพัน  
เป็นค่ารักษาหลักล้าน



“ เราต้องอยากรักษาให้**เร็วที่สุด** และด้วยวิธีการรักษาที่**ดีที่สุด** ”



- ความเสี่ยงและค่ารักษาของโรคต่างๆ
- ส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาล

# ใครที่ควรทำประกันสุขภาพ



- ✓ ต้องการรับการตรวจวินิจฉัยด้วยเร็วที่สุด (ไม่ยากรอคิวนานกว่า 6-8 เดือน)
- ✓ ต้องการรักษาโรคต่างๆ โดยที่ลดความกังวลเรื่องค่ารักษาให้ได้มากที่สุด
- ✓ ต้องการเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยในแพทยสภาได้
- ✓ ต้องการให้ค่ารักษาแต่ละครั้งอยู่ในงบประมาณที่ควบคุมได้ ทั้งของตนเองและสมาชิกในครอบครัว
- ✓ ต้องการใช้ลดหย่อนภาษี 25,000บาท (รวมในสิทธิลดหย่อน 100,000 บาท ของประกันชีวิต)



ประกันสุขภาพแบบไหนที่  
เหมาะสมกับลูกค้ำของเรา?



# 03



## จุดเด่นผลิตภัณฑ์

- FWD Precious CARE
- CI 50

# Why FWD Precious CARE ?

# ปัญหาที่ลูกค้าเจอในการซื้อประกันสุขภาพ



พนักงานบริษัทส่วนใหญ่  
มีสวัสดิการไม่ครอบคลุม  
อยากซื้อประกันเพิ่มเติม  
ไม่อยากจ่ายแพง



ค่ารักษาพยาบาล  
แพงขึ้นทุกปี ปีละ 8%  
โดยไม่มีใครนึกถึง



ประกันสุขภาพในตลาด  
มีข้อจำกัดและเงื่อนไข  
ที่ยากจะเข้าใจ



เข้าโรงพยาบาลรัฐก็รอนาน  
เข้าโรงพยาบาลเอกชนก็  
ค่ารักษาแพง



ประกันสุขภาพในตลาด  
ต้อง ซื้อค่ารักษา OPD เพิ่ม  
และจำกัดค่ารักษา  
ต่อครั้ง

ที่มา : <https://www.buesinesstoday.co/money-to-know/27/10/2020/52849/>

# หากคุณกำลังกังวลกับปัญหาเหล่านี้



- คนรอบข้างป่วยเสียเงินรักษาจำนวนมาก **ถ้าเกิดขึ้นกับตัวเองจะมีเงินพอไหม**
- หากหมอที่ไร ต้อง **ควักเงินจ่ายส่วนเกิน OPD** เพิ่มตลอด
- ตอนซื้อประกันก็นึกถึงแต่ป่วยหนัก **น่าจะใช้ IPD เยอะ** ที่ไหนได้ **กลับป่วยเล็ก ป่วยน้อยตลอด** พอไม่มี OPD ต้องควักเงินจ่ายเองตลอด
- ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี **สวัสดิการที่มีอยู่แทบจะไม่พอ**
- เกิดเจ็บหนัก ป่วยนานๆ หรือต้องนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล **ต้องเอาเงินเก็บที่มีอยู่ ออกมาจ่าย**
- สมัยนี้มีโรคใหม่ๆ เกิดขึ้นมากมาย ยิ่ง**หากป่วยเป็นโรคร้าย เจอค่ารักษาที่เพิ่มไปอีกหลายเท่าตัว**

**หมดห่วงที่เคยมี แต่ไม่เคยพอ เราจึงเสนอค่ารักษาแบบเหมาจ่าย ไม่ลิมิตต่อครั้ง คลายกังวลกับค่าใช้จ่ายจากการรักษาแบบผู้ป่วยใน IPD และแบบผู้ป่วยนอก OPD ครอบคลุมทุกการรักษา ไม่ว่าจะป่วยหนัก ป่วยเบา หรือป่วยโรคร้ายแรง ประกัน FWD Precious CARE ออกแบบมาให้ตอบรับทุกสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น**

# หมวดหมู่ที่เคยมี แต่ไม่เคยพอไม่ว่าจะป่วยหนัก ป่วยเบา

## FWD Precious CARE ออกแบบมาให้ตอบรับทุกสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น



**ดูแลครบทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก**



**ดูแล ค่าห้อง และค่าอาหาร ค่าบริการในโรงพยาบาล เป็น 2 เท่า** เมื่อพบว่าเป็น **3 โรคร้ายแรง** (โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน) และ **3 โรคร้ายแรงสำหรับผู้เอาประกันภัยที่เป็นเด็กก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์ที่ผู้เอาประกันภัยมีอายุ 6 ปี** (โรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะช็อก โรคน้ำไขสันหลังคั่งในโพรงสมองซึ่งเกิดภายหลังและต้องใส่ท่อระบาย โรคหอบหืดระดับรุนแรงมาก) **สำหรับแผน 6 ล้านบาทขึ้นไป**



**มอบความคุ้มครองแบบ เหมาจ่าย เพื่อให้คุณได้รับคุณภาพการรักษา/บริการที่ดี**



**ครอบคลุมผลประโยชน์ค่ารักษาแบบอื่นๆ (ขึ้นกับแผนที่ลูกค้าเลือก)**  
เช่น ค่ารักษาทันตกรรม ค่ารักษาทางสายตา ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ค่าฉีดวัคซีน, ค่ารักษาทางจิตเวช ค่าเคมี/รังสีบำบัด ค่าล้างไต ผลประโยชน์การตั้งครรภ์และคลอดบุตร รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

# สัญญาเพิ่มเติมสุขภาพ FWD Precious CARE เหม่าจ่ายให้ครบ ครอบคลุมทุกการรักษา

สุขภาพเป็นสิ่งที่จะต้องได้รับการดูแล แต่การเจ็บป่วยก็ไม่อาจคาดเดาได้ หากเกิดขึ้น สิ่งที่ยากคือค่าใช้จ่าย และคุณภาพการรักษา แต่คุณสามารถวางแผนรับมือกับเรื่องดังกล่าวได้อย่างลงตัวในแบบที่คุณพึงพอใจ ด้วย FWD Precious CARE แผนประกันสุขภาพเหม่าจ่าย ที่ครอบคลุมค่ารักษา ให้คุณหมดกังวล ไม่ว่าเจ็บเล็ก หรือเจ็บใหญ่ พร้อมเติมเต็มแผนความคุ้มครองของคุณให้ครอบคลุมทุกการเจ็บป่วย

**IPD ผู้ป่วยใน  
เหม่าจ่ายสบายใจ**

**คุ้มครอง  
ค่ารักษาพยาบาล  
ค่าผ่าตัด แบบ  
เหม่าจ่ายต่อปี** ดูแล  
ครบอุ่นใจ หากต้อง  
นอนโรงพยาบาล

**OPD ผู้ป่วยนอก  
มีให้ครบทุกแผน**

**เหม่าจ่ายทั้งปี  
ไม่มีลิมิตต่อครั้ง**  
ครอบคลุมค่าวินิจฉัย  
ตรวจแล็บและค่ายา  
ตามวงเงินสูงสุดของ  
แผน

**ดูแลเพิ่มขึ้นกับ  
3 โรคร้ายแรง และ 3 โรค  
ร้ายแรงสำหรับ  
ผู้เอาประกันภัยที่เป็นเด็ก**

**รับเงินก้อน** เมื่อตรวจพบ  
และ หากต้องนอนรักษาตัวใน  
โรงพยาบาล **เพิ่มค่าห้อง  
เป็น 2 เท่า**

**ดูแลพิเศษ  
เพื่อการรักษาเฉพาะจุด**

**การศัลยกรรมพิเศษ  
เต้านม หรือ  
องคชาติ**  
เนื่องจากอุบัติเหตุหรือ  
โรคร้ายแรง  
การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ  
และปลูกถ่ายไขกระดูก

**ดูแลคุณทันทีหาก  
เกิดอุบัติเหตุ  
กะทันหัน**

**OPD**  
ค่ารักษาพยาบาล  
**เบิกจ่ายตามจริง**  
หากบาดเจ็บฉุกเฉิน

**ประหยัดเพิ่มขึ้น**

ด้วยแผนร่วมจ่าย  
**ความรับผิดชอบแรก  
(Deductible)**

# จุดเด่นผลิตภัณฑ์ FWD Precious CARE



**เหมาะสม ค่ารักษา**  
กรณีผู้ป่วยใน (IPD)  
สูงสุดตามแผนที่เลือก



**ป่วย 3 โรคร้ายแรง /  
3 โรคร้ายแรงสำหรับผู้เอา  
ประกันภัย ที่เป็นเด็ก มีเงินก้อน  
เพื่อรักษาตัว และหากต้องนอน  
โรงพยาบาล เพิ่ม  
ค่าห้องเป็น 2 เท่า**



**ดูแลพิเศษ**  
ศัลยกรรมเต้านม หรือ  
องคชาติ เนื่องจากอุบัติเหตุ  
หรือโรคร้ายแรง การบาดเจ็บ  
จากกีฬา Extreme เปลี่ยน  
อวัยวะ ปลูกถ่ายไขกระดูก



**ดูแลตัวเอง**  
ตรวจสอบสุขภาพประจำปี วัคซีน  
สายตา ทำฟัน แพทย์ทางเลือก  
ตั้งครรภ์ คลอดบุตร

## ผลประโยชน์สูงสุดต่อปี

1 ล้านบาท  
3 ล้านบาท  
6 ล้านบาท  
12 ล้านบาท  
40 ล้านบาท  
100 ล้านบาท



**ป่วยหนัก ป่วยเบา เรามี OPD**  
เหมาะสมทั้งปี ไม่จำกัดจำนวนครั้ง มีครบทุก  
แผน ครอบคลุมทั้งค่าวินิจฉัย ตรวจแล็บ  
และค่ายา



**ประหยัดเพิ่มขึ้น**  
จ่ายค่าเบี้ยประกันภัยลดลง  
ด้วยแผนร่วมจ่าย  
ความรับผิดชอบส่วนแรก  
(Deductible)



หากกำลังนำเสนอผลิตภัณฑ์  
FWD Precious CARE  
จะมีวิธีแนะนำลูกค้าอย่างไร?



# Why CI50?

# จุดเด่นผลิตภัณฑ์ | สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง แบบ CI50



## คุ้มครอง 50 โรคร้ายแรง

คุ้มครอง 50 โรคร้ายแรงที่พบได้บ่อยๆ ในประเทศไทย รวมถึงคุ้มครองกรณีเสียชีวิต



## ความคุ้มครองที่ครอบคลุม

รับ 20% ของทุนประกันภัย หากตรวจพบโรคร้ายระยะเริ่มต้น และรับอีก 80% ของทุนประกันภัย เมื่อโรคร้ายเข้าสู่ระยะรุนแรง



## รับผลประโยชน์สูงสุด หากพบโรคร้ายระยะรุนแรง

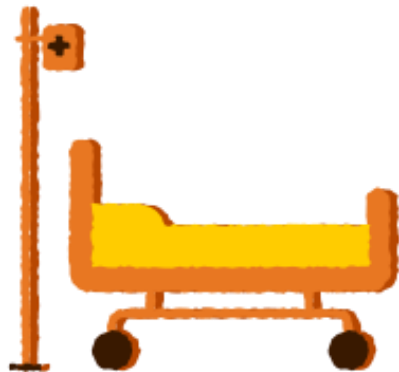
รับ 100% ของทุนประกันภัย หากตรวจพบว่าเป็นโรคร้ายระยะรุนแรง



## ดูแลยาวนาน

คุ้มครองยาวนาน ถึงอายุ 85 ปี

## คุ้มครองกรณี การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือเสียชีวิต



เจ็บป่วยจากโรค  
ร้ายแรง



เสียชีวิต

# ผลประโยชน์ | สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง แบบ CI50

ผลประโยชน์	% ของทุนประกันภัย
<b>1. กรณีได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง</b> 1.1 สำหรับโรคร้ายแรง (Early Stage) 5 โรคร (จ่ายเพียงครั้งเดียว) 1.2 สำหรับโรคร้ายแรง (Last Stage) 45 โรคร 1.2.1 กรณียังไม่ได้จ่ายผลประโยชน์ตามข้อ 1.1 1.2.2 กรณีจ่ายผลประโยชน์ตามข้อ 1.1 แล้ว	  <b>20%</b>  <b>100%</b> <b>80%</b>
<b>2. กรณีเสียชีวิต</b> 2.1 กรณียังไม่ได้จ่ายผลประโยชน์ตามข้อ 1.1 2.2 กรณีจ่ายผลประโยชน์ตามข้อ 1.1 แล้ว	  <b>100%</b> <b>80%</b>

**เมื่อจ่ายผลประโยชน์ข้อ 1.2 หรือ ข้อ 2 แล้ว ความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติมสิ้นสุดผลบังคับ**

# คู่มือโรคร้ายแรง 50 โรค

1. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่รักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจ	6. โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์	11. โรคมะเร็งระยะลุกลาม	16. การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ	21. การสูญเสียการดำรงชีพอย่างอิสระ	26. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูก	31. โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	36. โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน	41. โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด	46. โรคเท้าช้าง
2. โรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติก	7. โรคโลหิตจางจากไขกระดูกไม่สร้างเม็ดโลหิต	12. โรคกล้ามเนื้อหัวใจ	17. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด	22. การทบทวนภาพทวารสีนเซ็ง (คู่มือรอกถึงก่อนวันครบรอบปีกรรมธรรม์ที่อายุครบ 70 ปี)	27. โรคของเซลล์ประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว	32. อัมพาตของกล้ามเนื้อแขนหรือขา	37. การผ่าตัดเส้นเลือดแดงใหญ่ เออร์ดำ	42. การฉีกขาดของรากประสาทต้นแขน	47. โรคถุงน้ำในไต
3. โรคมะเร็งระยะไม่ลุกลาม	8. โรคเชื้อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย	13. ตับวาย	18. การผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยวิธีการเปิดหัวใจ	23. การสูญเสียความสามารถในการพูด	28. โรคระบบประสาทมัลติเพิลสเคลอโรซิส	33. โรคพาร์กินสัน	38. ไตอักเสบลุปัสจากโรคซิสเต็มิกลูปัส อิริมาโตซุส	43. โรคโปลิโอ	48. โรคเนื้อเยื่อพังผืดอักเสบติดเชื่อและเป็นเนื้อตาย
4. โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่รักษาโดยใช้ขดลวดผ่านสายสวนทางหลอดเลือด	9. เนื้องอกในสมองชนิดที่ไม่ใช่ มะเร็ง	14. โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเรื้อรังขั้นรุนแรง / โรคปอดระยะสุดท้าย	19. ไตวายเรื้อรัง	24. แผลไหม้จกรรม	29. โรคกล้ามเนื้อเสื่อม	34. โรคแรงดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงแบบปฐมภูมิ	39. สมองอักเสบจาก เชื้อไวรัส	44. การผ่าตัดกระดูกสันหลังคดที่ไม่ทราบสาเหตุ	49. โรคหนังแข็งชนิดลุกลาม
5. โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาโดยวิธีใส่สายสวนเส้นเลือดแดงบริเวณคอ	10. ตาบอด	15. ภาวะโคม่า	20. การสูญเสียการได้ยิน	25. การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง	30. โรคไวรัสตับอักเสบบนรุนแรง	35. ภาวะข้ออักเสบรูมาตอยด์ชนิดรุนแรง	40. ภาวะอะแพลิก	45. ภาวะตับอ่อนอักเสบที่กลับเป็นซ้ำและเรื้อรัง	50. โรคลำไส้อักเสบเป็นแผลรุนแรง

# การจ่ายผลประโยชน์ | สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง แบบ CI50

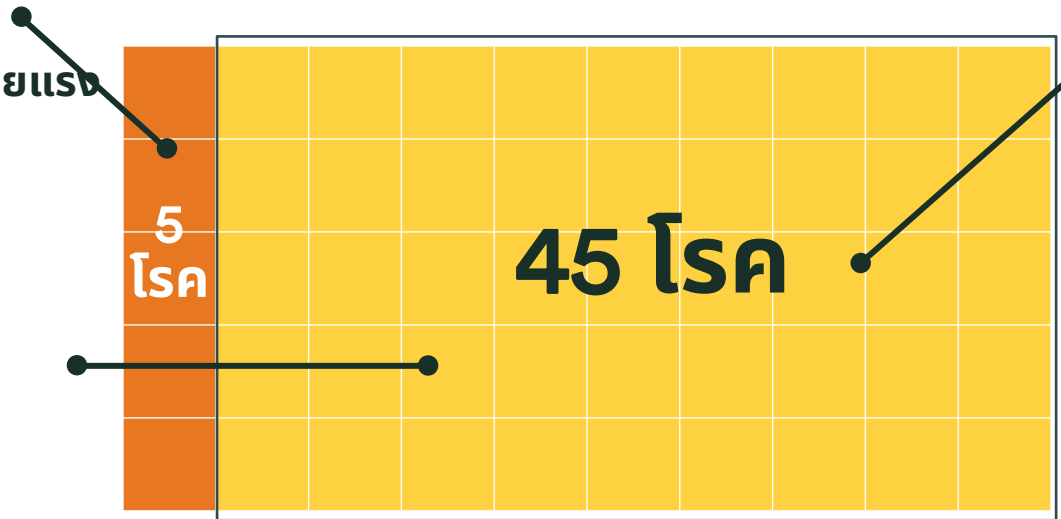
## กรณีจ่ายแบบ 20% + 80%

### การจ่าย 20% หากเป็น 5 โรคร้ายแรง

- ตรวจพบโรคครั้งแรก เฉพาะกรณีเป็น 1 ใน 5 โรคร้ายแรง
- จ่ายเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

### จ่ายอีก 80% ถ้าต่อมาเป็น 45 โรคร้ายแรง

- กรณีต่อมาตรวจพบว่าเป็น 1 ใน 45 โรคร้ายแรง
- กรณีเสียชีวิต



## กรณีจ่ายแบบ 100%

### การจ่าย 100% (45 โรคร้ายแรง) หรือ เสียชีวิต

- ตรวจพบโรคครั้งแรกว่าเป็น 1 ใน 45 โรคร้ายแรง จ่าย 100%
- กรณีเสียชีวิต จ่าย 100%

## หากได้รับผลประโยชน์ 20% แล้ว

อัตราเบี้ยฯ ปีต่ออายุของสัญญาเพิ่มเติม จะคิดจากทุนของสัญญาเพิ่มเติมที่เหลือ 80%

หากกำลังนำเสนอผลิตภัณฑ์ CI50  
จะมีวิธีแนะนำลูกค้าอย่างไร?





# 04



## เครื่องมือการเสนอขาย

- FWD CUBE - การขายแบบไม่พบหน้า (DF2F)

**ขั้นตอนการดาวน์โหลดและติดตั้ง  
เพื่อใช้งาน FWD CUBE  
การเข้าสู่ระบบเพื่อใช้งาน (Log in)**

## “ ใช้ในแท็บเล็ตเท่านั้น ”

TABLET ONLY



ระบบปฏิบัติการ **iOS V.13 ขึ้นไป**



ระบบปฏิบัติการ **android V.13 ขึ้นไป**

# ขั้นตอนการ Download application FWD CUBE



## เข้าสู่เว็บฝ่ายขาย

กรุณารอกรหัสตัวแทนผู้ใช้งานและรหัสผ่าน

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ เปลี่ยนรหัสผ่าน ลืมรหัสผ่าน ปิดล็อก

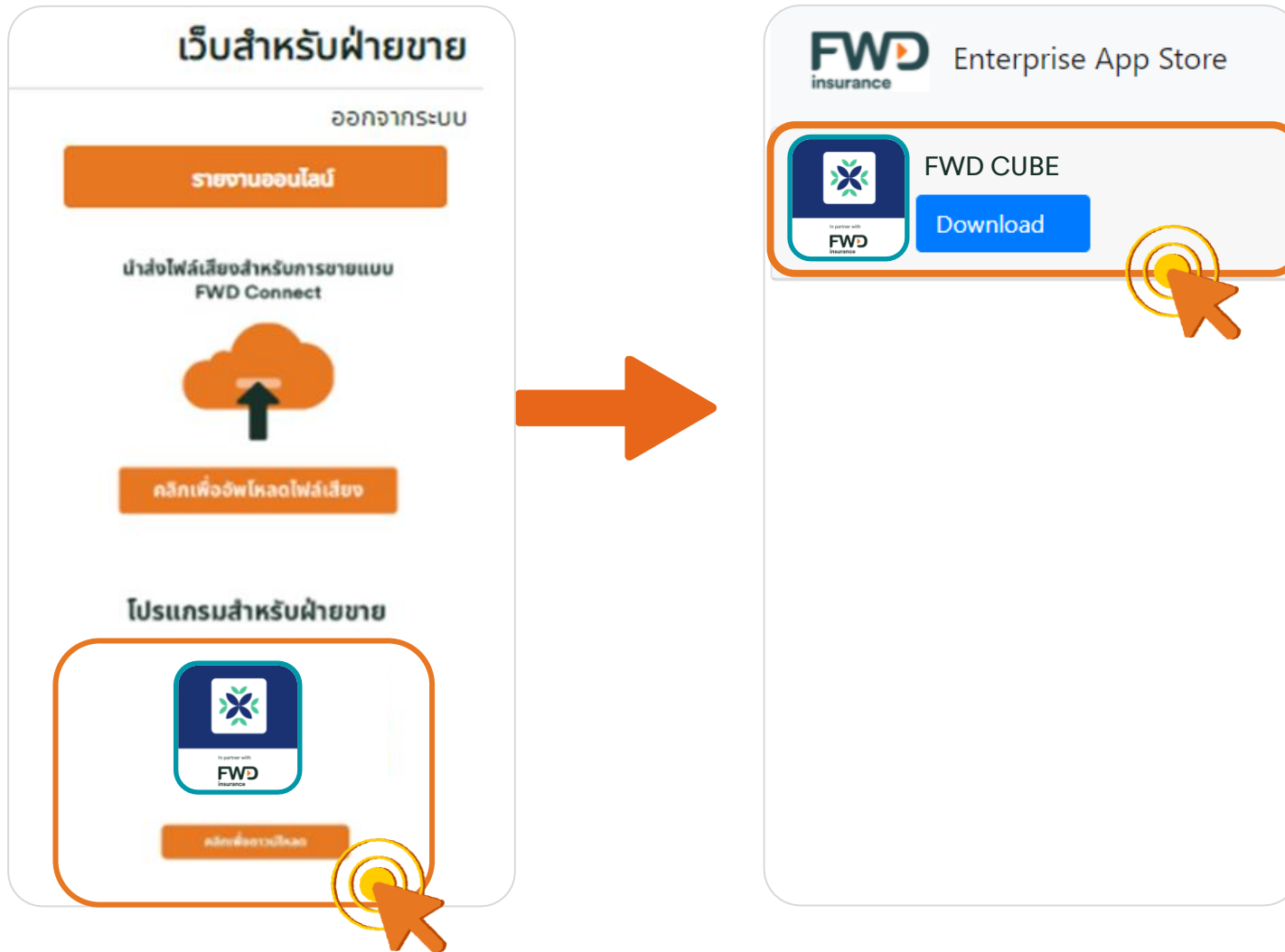


## เข้าสู่เว็บฝ่ายขาย (E-Branch) ระบุ ชื่อผู้ใช้ และ รหัสผ่าน



## รับ SMS ยืนยันการเข้าใช้งานระบบ ด้วยรหัส OTP และ กด “ยืนยัน” เพื่อเข้าระบบ

# ขั้นตอนการ Download application FWD CUBE

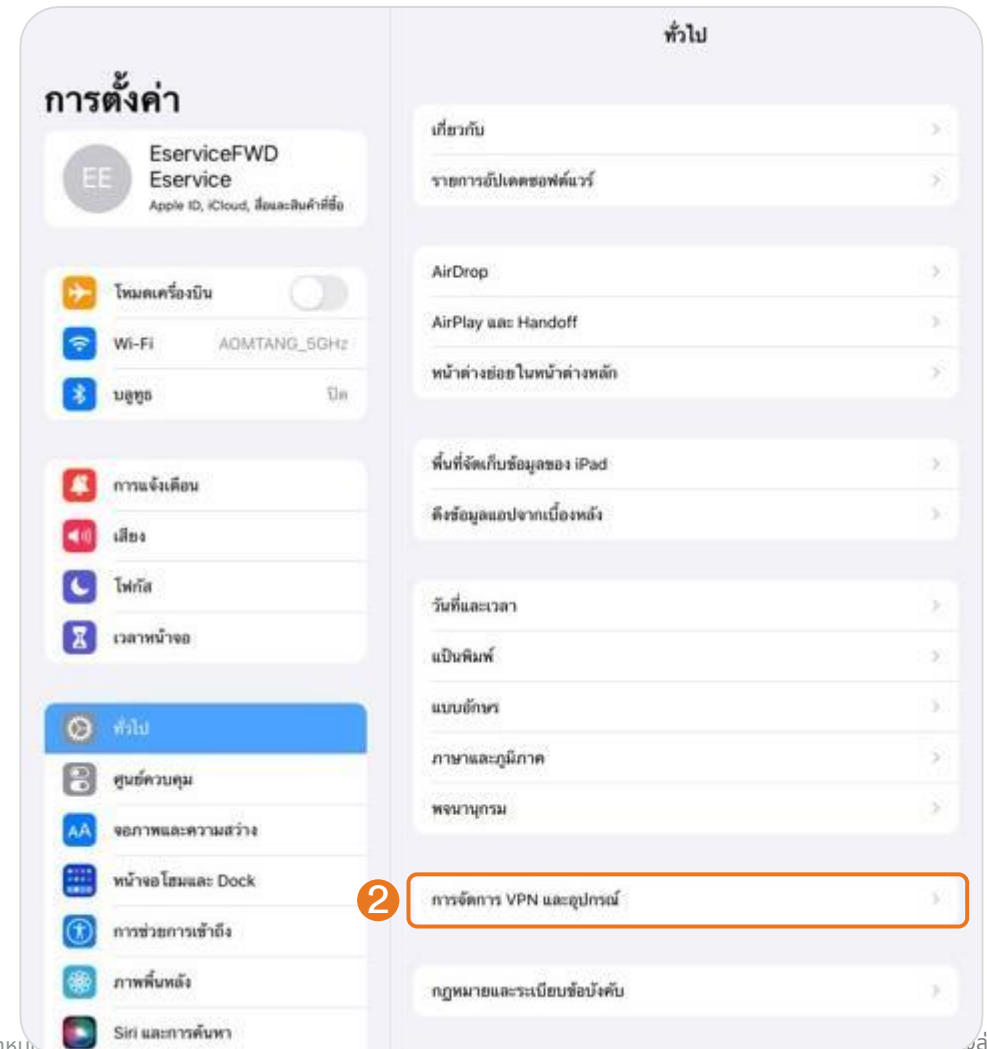
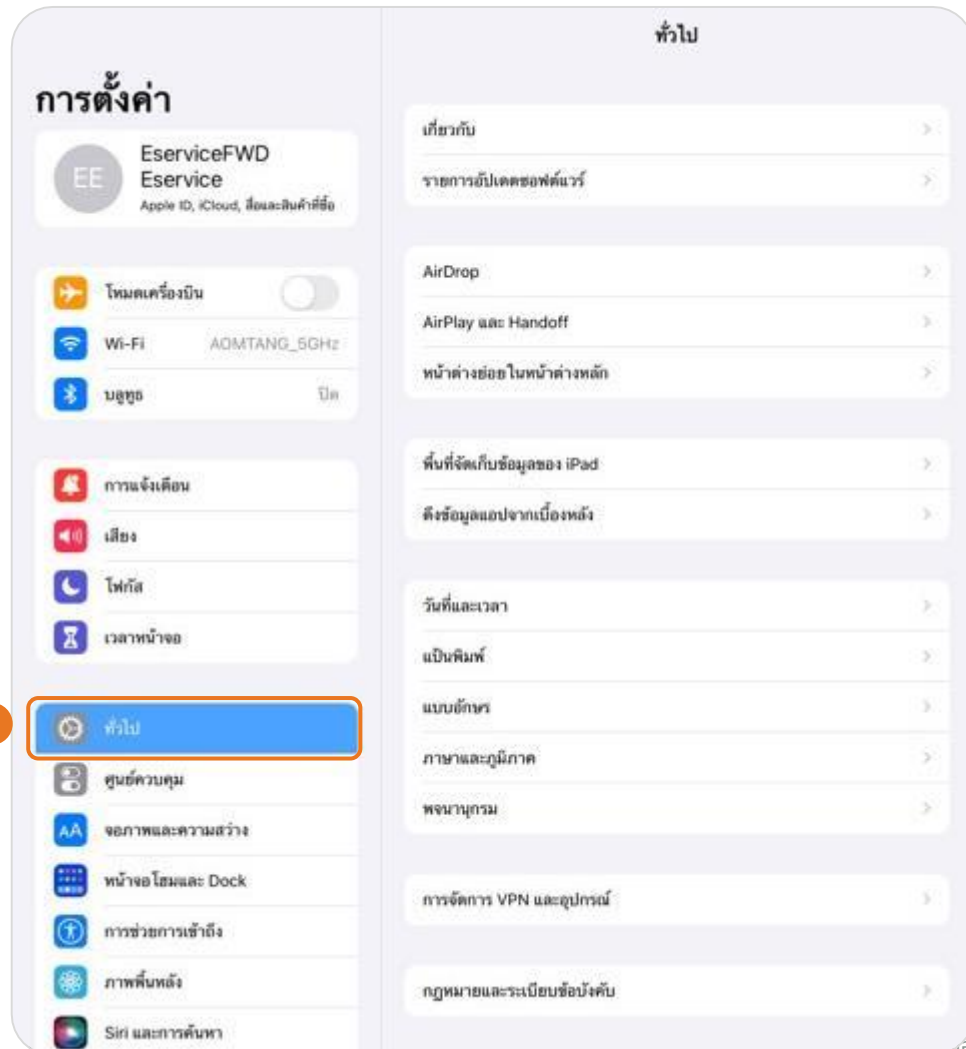


## หน้าแรกของ ระบบ E-Branch

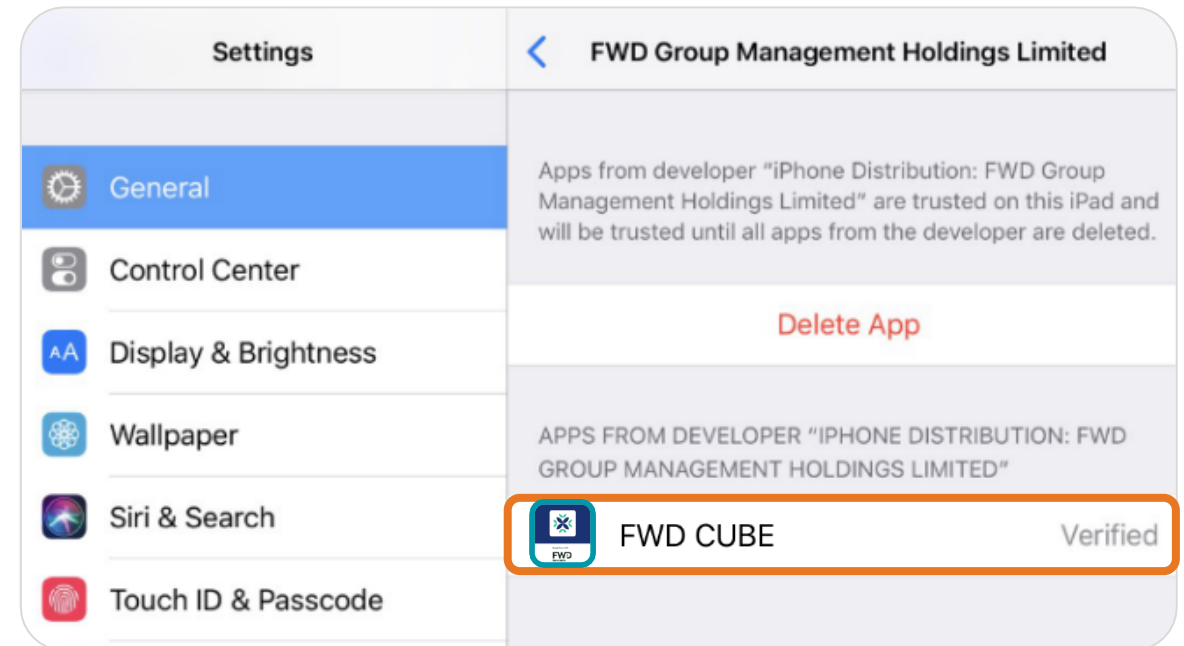
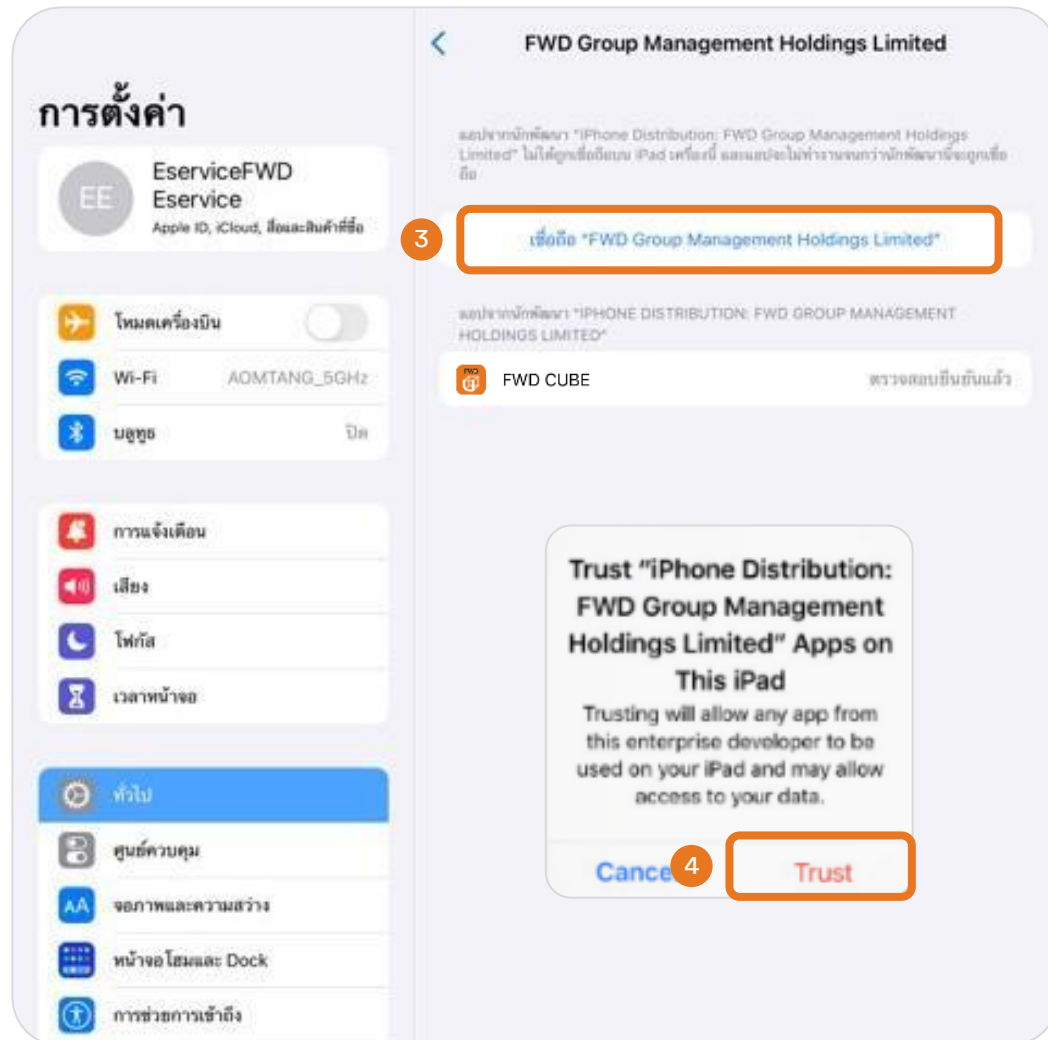
- เลือกโปรแกรมสำหรับฝ่ายขาย
- กด Download FWD CUBE

**ผู้ขายต้องอัปเดตเวอร์ชัน FWD CUBE ให้เป็นเวอร์ชันปัจจุบันอยู่เสมอ**

## ระบบปฏิบัติการ iOS



## ระบบปฏิบัติการ iOS



ติดตั้งสำเร็จ

# การเข้าสู่ระบบ FWD CUBE





# การเข้าสู่ระบบเพื่อใช้งาน (Log in)



## การเข้าสู่ระบบออนไลน์ [www.fwd.in.th](http://www.fwd.in.th)

**FWD insurance**

เข้าสู่เว็บฝ่ายขาย  
กรุณากรอกรหัสตัวแทนผู้ใช้งานและรหัสผ่าน

1 ชื่อผู้ใช้ SKXXXXXX

รหัสผ่าน

2 **เข้าสู่ระบบ** เปลี่ยนรหัสผ่าน ลืมรหัสผ่าน ป้อนเลือก

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม  
ติดต่อ ศูนย์สนับสนุนงานฝ่ายขาย Agency HelpDesk  
โทร. 02-779-6222 ต่อ 6606 และ 6607  
อีเมล [Eservice.th@fwd.com](mailto:Eservice.th@fwd.com) / [AgencyContactCenter.th@fwd.com](mailto:AgencyContactCenter.th@fwd.com)  
วัน/เวลาทำการ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) 8.30-12.00 และ 13.00-17.00

ระบุชื่อผู้ใช้ และ  
รหัสผ่าน

กด “เข้าสู่ระบบ” เพื่อเข้าสู่  
ระบบ

ชื่อผู้ใช้งาน / User Log in = รหัสผู้เสนอขาย  
รหัสผ่าน / Password = ครั้งแรกระบบจะส่งให้ทาง SMS

# สำหรับการใช้งานครั้งแรก ต้องตั้งพาสเวิร์ดใหม่ ผ่านระบบ E-branch



รหัสผ่านจะได้รับผ่าน SMS ครั้งแรก ผ่านโทรศัพท์มือถือ และระบบจะบังคับให้ตั้งรหัสผ่านใหม่ (ทุกๆ 60 วัน)

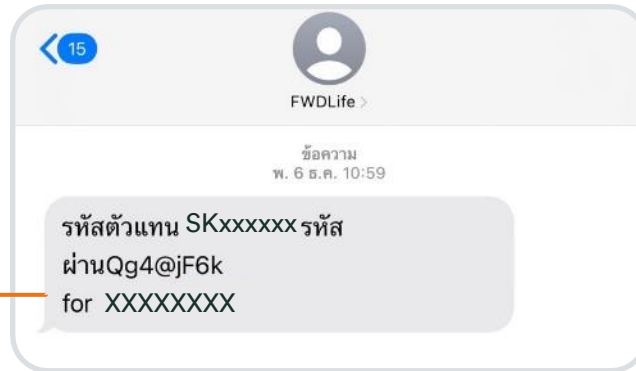
**1** เข้าสู่เว็บฝ่ายขาย  
กรุณากรอกรหัสตัวแทนผู้ใช้งานและรหัสผ่าน

ชื่อผู้ใช้ \_\_\_\_\_  
รหัสผ่าน **SKXXXXXX** \_\_\_\_\_

- เข้าสู่ระบบ
- เปลี่ยนรหัสผ่าน
- ลืมหรหัสผ่าน
- ปลดล็อก

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม  
ติดต่อ ศูนย์สนับสนุนงานฝ่ายขาย Agency HelpDesk  
โทร. 02-2075500 ต่อ 7101 ,7105 ,5446  
อีเมล Eservice.th@fwd.com / AgencyContactCenter.th@fwd.com  
วัน/เวลาทำการ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) 8.30-12.00 และ 13.00-17.00

## ตัวอย่าง SMS



รหัสผ่านมี 8 หลัก ประกอบด้วยตัวเลข, ตัวอักษร และ อักขระพิเศษ

## เปลี่ยนรหัสผ่าน

ชื่อผู้ใช้	SKXXXXXX
รหัสผ่านเดิม	ได้รับทาง SMS
รหัสผ่านใหม่	XXXXXXXX
ยืนยันรหัสผ่านใหม่	XXXXXXXX

**2**

เมื่อเข้าระบบครั้งแรก ระบบจะทำการเปลี่ยนพาสเวิร์ดใหม่

ระบุ OTP

กรุณาระบุ รหัส OTP ที่ส่งไปที่หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ท่านลงทะเบียนไว้กับทางบริษัท

ระบุ OTP:

**3**

และทำการยืนยันพาสเวิร์ดใหม่ด้วยรหัส OTP ซึ่งจะส่งไปยังหมายเลขโทรศัพท์ของท่าน ที่ลงทะเบียนไว้กับทางบริษัท

# กรณีลืมหาสเวิร์ด ต้องขอรหัสผ่านใหม่ ผ่านระบบ E-branch

1. เมนู “ลืมหาสเวิร์ด”
2. เลือกประเภท “ผู้เสนอขาย” เท่านั้น
3. ระบุรหัสผู้เสนอขาย เลขที่บัตรประชาชน และ วัน เดือน ปี เกิด
4. จากนั้นระบบจะส่งรหัสผ่านชั่วคราวให้ทาง SMS
5. หลังจากเข้าใช้งาน ระบบจะให้ท่านตั้งรหัสผ่านใหม่

## รหัสผ่าน 8-10 อักขร

(ภาษาอังกฤษ พิมพ์ใหญ่ พิมพ์เล็ก และอักขระพิเศษ เช่น #,@,&,\$,!)

## การตั้งรหัสผ่าน

ต้อง **ไม่ซ้ำ** กับรหัสผ่านเดิมที่เคยใช้งานแล้วในอดีต **12 รอบ** ที่ผ่านมา

**เข้าสู่เว็บฝ่ายขาย** 1  
กรุณารอกรหัสตัวแทนผู้ใช้งานและรหัสผ่าน

ชื่อผู้ใช้  
รหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ เปลี่ยนรหัสผ่าน **ลืมหาสเวิร์ด** ปิดล็อก

**โปรดระบุข้อมูลของท่าน**

เลือกประเภท \* ==โปรดระบุ== 2

กำหนดรหัสที่สอดคล้องกับประเภท ตัวอย่างเช่น ตัวแทน เป็น 100001, หน่วย เป็น Uxxxx, UBxxxx และ กลุ่ม เป็น Gxxxx, GBxxxx

รหัส \* 3

ระบุข้อมูลส่วนตัวเพื่อใช้พิสูจน์ตัวตน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน \*

วันเดือนปี เกิด \* -วันที่- -เดือน- -พ.ศ.-

4

ตกลง ยกเลิก

หากท่านไม่สามารถรับข้อความอัตโนมัติ  
ท่านจะต้องส่งเอกสารฟอร์มเปลี่ยนแปลงข้อมูลตัวแทน  
เพื่อขอการเปลี่ยนแปลงเบอร์โทรศัพท์ของท่าน  
ไปยังทีมงานทะเบียนประวัติ Email:DLicensing@fwd.co.th

# วิธีปลดล็อค สามารถทำได้จากระบบ E-branch

ในกรณีที่ ระบบล็อค เนื่องจากกรอกรหัสผ่านผิดเกินจำนวนครั้งที่กำหนด

## เข้าสู่เว็บฝ่ายขาย

1

กรุณากรอกรหัสตัวแทนผู้ใช้งานและรหัสผ่าน

เข้าสู่ระบบ
เปลี่ยนรหัสผ่าน
ลืมหรหัสผ่าน
ปลดล็อค

ระบุรหัสผู้เสนอขาย แล้วกด “ปลดล็อค”

รหัส OTP จะส่งไปยัง หมายเลขโทรศัพท์ของท่าน ที่ลงทะเบียนไว้กับทางบริษัท

## ระบุ OTP

2
✕

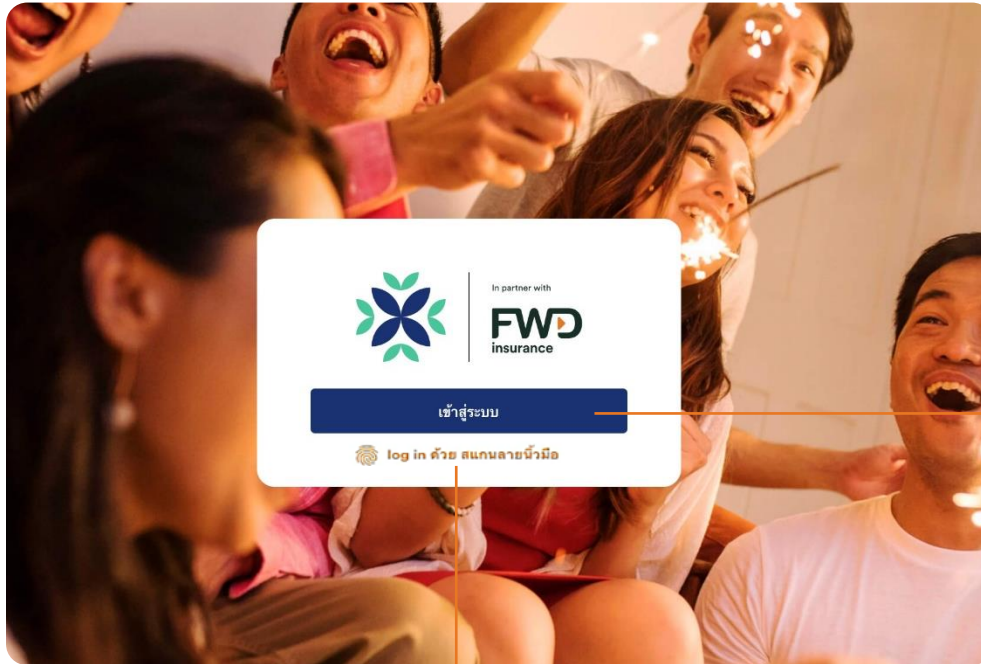
กรุณาระบุ รหัส OTP ที่ส่งไปที่หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ท่านลงทะเบียนไว้กับทางบริษัท

ระบุ OTP:

ยืนยัน
ยกเลิก
ขอรหัสใหม่

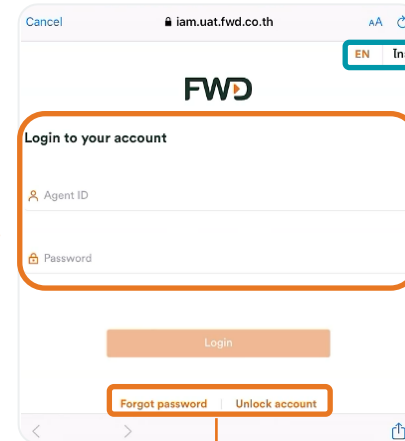
# เข้าสู่ระบบ FWD CUBE (Log in)

เมื่อเข้าสู่ระบบงาน ผู้เสนอขายจะพบกับหน้าจอ “เข้าสู่ระบบ” เพื่อเป็นการยืนยันตัวตนด้วย “Seller ID” และ “รหัสผ่าน” ก่อนเข้าใช้งาน



2

สามารถใช้งานเซ็นเซอร์ Touch ID ซึ่งการตั้งค่าสามารถทำได้บนอุปกรณ์ของผู้เสนอขาย เช่น บน iPad หรือ Tablet



1

ระบุชื่อผู้ใช้งาน (Seller ID) และรหัสผ่าน (password) และกดปุ่ม “Login” เพื่อเข้าสู่การทำงานของระบบ CUBE

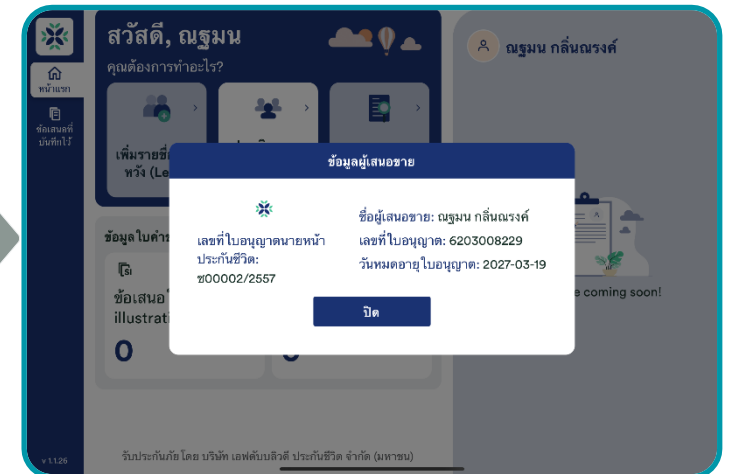
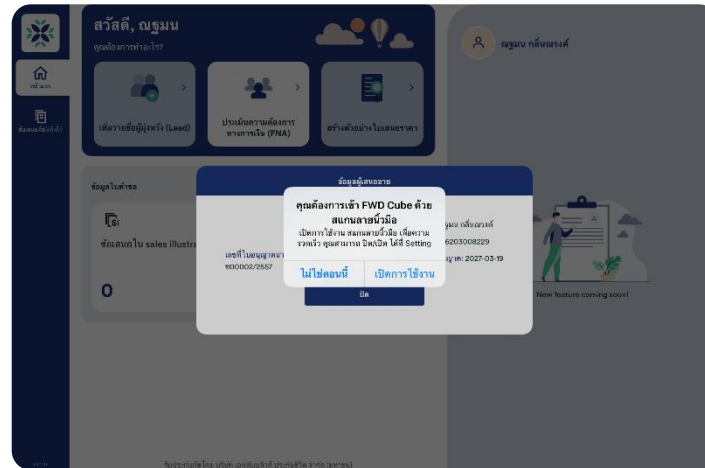
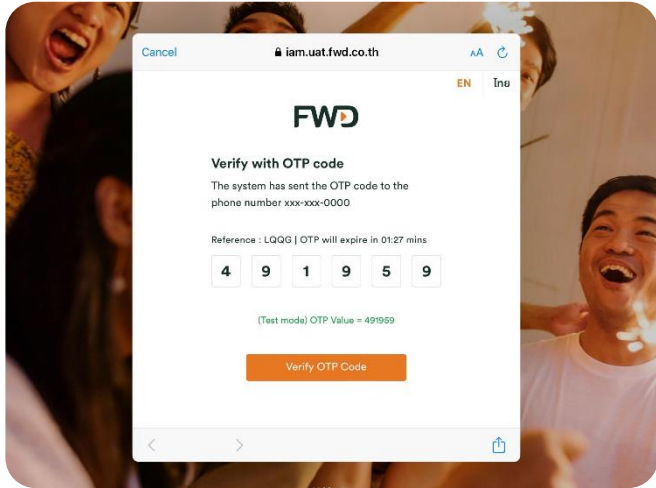
สามารถเลือกการใช้งานได้ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

3

หากลืมรหัสผ่าน หรือต้องการปลดล็อคบัญชี ให้ดำเนินการแก้ไขบนระบบ E-Branch

# เข้าสู่ระบบ FWD CUBE (Log in)

เมื่อยืนยันตัวตนด้วย “Seller ID” และ “รหัสผ่าน” เรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เสนอขาย Verify OTP สำหรับการเข้าใช้งาน



ทำการขอรับ และกรอกรหัส OTP ที่ได้รับทางหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ผูกไว้

จะมีข้อความขอเปิดใช้งานการเข้าสู่ระบบด้วยไบโอเมตริกซ์แสดงขึ้นมาในการเข้าสู่ระบบครั้งแรก

(\*สามารถเปิด/ปิดการเข้าสู่ระบบด้วยไบโอเมตริกซ์ที่หน้าโปรไฟล์ผู้เสนอขายได้ในภายหลัง)

จะมี pop-up แสดงชื่อผู้เสนอขาย เลขที่ใบอนุญาตผู้เสนอขาย วันหมดอายุใบอนุญาต และเลขที่ใบอนุญาตผู้เสนอขายประกันชีวิต

# หน้าจอหลัก (Dashboard)

1 หน้าแรก

ข้อเสนอที่บันทึกไว้

## สวัสดิ์, ฌฐมณ

คุณต้องการทำอะไร?

- เพิ่มรายชื่อผู้มุงหวัง (Lead)
- ประเมินความต้องการทางการเงิน (FNA)
- สร้างตัวอย่างใบเสนอราคา

ข้อมูลใบคำขอ 3 ดูทั้งหมด

- ใบเสนอใน sales illustration: 0
- อยู่ในขั้นตอนใบคำขอ: 0

New feature coming soon!

4 ฌฐมณ กลิ่นฌรงค์

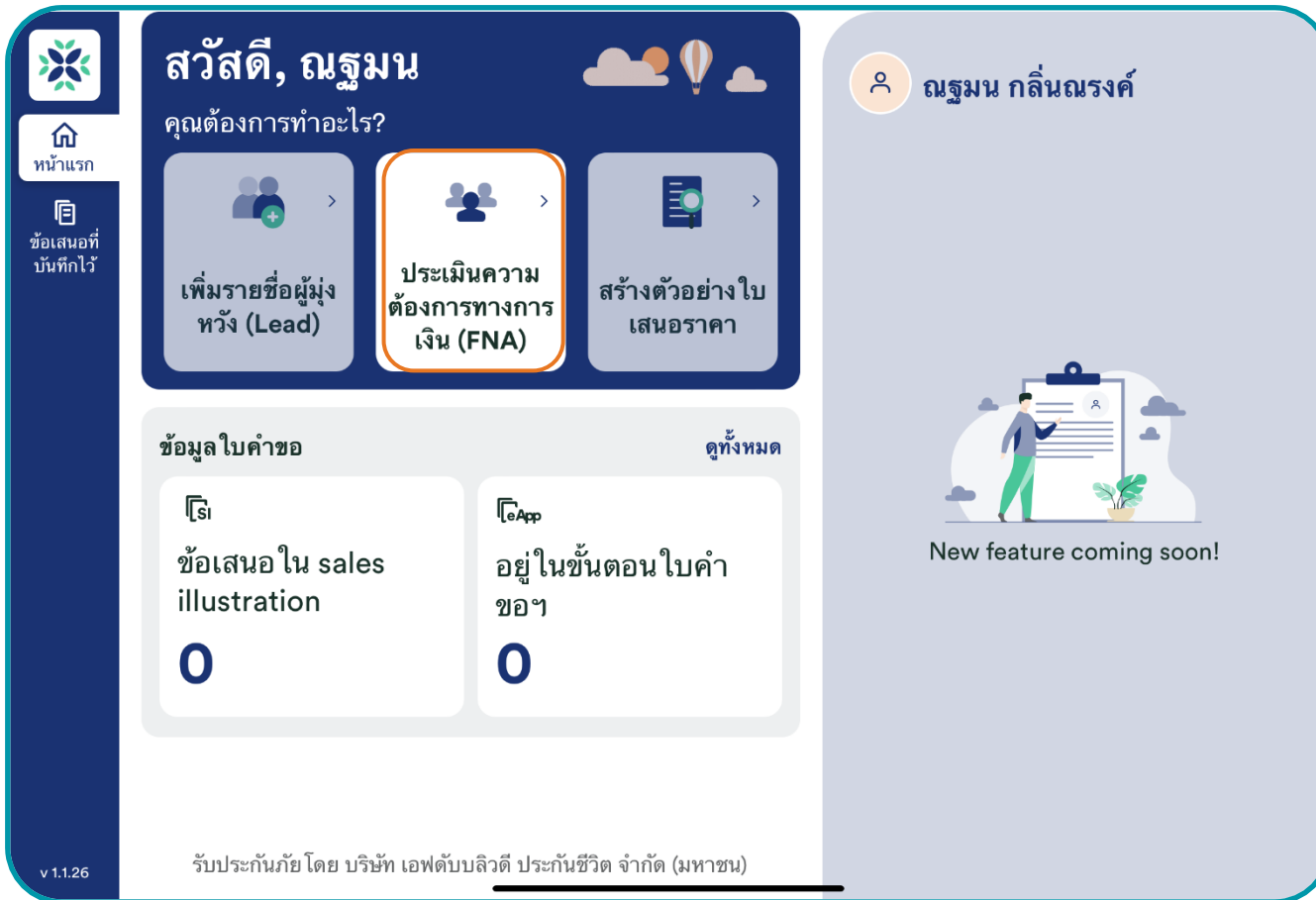
v 1.1.26

รับประกันภัย โดย บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

- 1 เมนูหลัก (แถบซ้ายมือ)
  - 1) หน้าจอหลัก
  - 2) ข้อเสนอที่บันทึกไว้
- 2 ประเมินความต้องการทางการเงิน : เพื่อเริ่มต้นกระบวนการขาย
- 3 ข้อมูลใบคำขอ : แสดงใบเสนอราคา และใบคำขอฯ ที่ยังไม่สำเร็จ รวมถึงไปยังหน้าจอข้อเสนอที่บันทึกไว้
- 4 ข้อมูลผู้เสนอขาย : เพื่อดูข้อมูลส่วนตัวผู้เสนอขาย



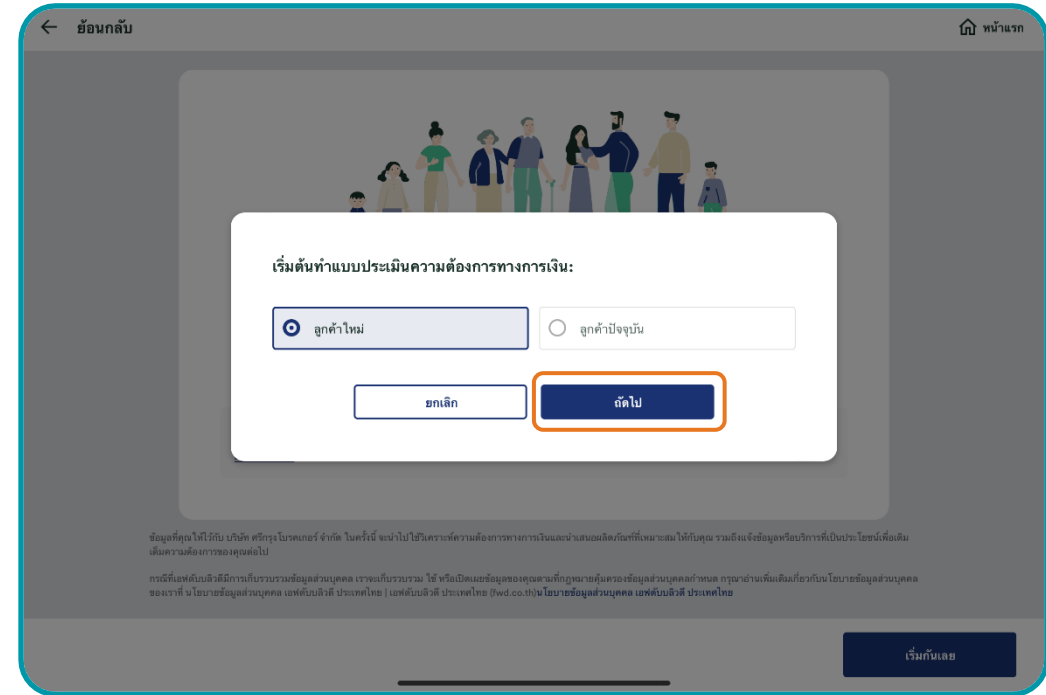
# การสร้างใบเสนอราคา (Sale Illustration)



กดที่ปุ่ม **“ประเมินความต้องการทางการเงิน” (Know your Customer (FNA))** เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการทำ FNA และสร้างใบคำขอเอาประกันภัยใหม่



กดปุ่ม “เริ่มกันเลย”  
เพื่อเข้าสู่ขั้นตอน FNA



ระบบจะขึ้น “ลูกคำใหม่” และกดปุ่ม “ถัดไป”

## โปรดตอบคำถามต่อไปนี้

1. ผู้ขอเอาประกันเคยมีกรรมกรรมประกันชีวิต/มีความรู้ด้านประกันหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

2. คุณเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

ใช่  ไม่ใช่

3. คุณเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น

ใช่  ไม่ใช่

4. คุณเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางการสุขภาพ(ลูกคามีสติสัมปชัญญะ แต่ลงนามเองไม่ได้)

ใช่  ไม่ใช่

5. คุณเป็นคนพิการ

ใช่  ไม่ใช่

ยกเลิก

ยืนยัน

## คำถามกรณีเป็น **กลุ่มลูกค้าเปราะบาง**

ในกรณีที่ลูกค้าไม่มีความรู้หรือไม่เคยมีกรรมกรรมมาก่อน (ตอบ “ไม่ใช่”) หรือ ลูกค้ามีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือการตัดสินใจ (ตอบ “ใช่”) ไม่ว่าจะกรณีใดกรณีหนึ่งถือว่าเข้าข่ายกรณีลูกค้าเปราะบาง ซึ่งระบบจะขึ้นข้อมูลเพื่อให้ลูกค้ารับทราบ และกดปุ่ม “ยืนยัน” เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนถัดไป

### ข้อมูลเพื่อให้บริการ

#### ความรู้ด้านประกัน

- ผู้เสนอขายอธิบายรายละเอียดของกรมธรรม์ตั้งแต่รายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไขข้อยกเว้น ทุนประกันภัย ค่าเบี้ยที่ต้องชำระ วิธีการชำระอย่างง่าย เพื่อให้ลูกค้าได้เข้าใจอย่างละเอียด และถูกต้อง
- ผู้เสนอขายต้องให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการเสนอขาย โดยมีเอกสารประกอบการเสนอขาย อย่างชัดเจนว่าเป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัย

#### ผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน

- ผู้เสนอขายต้องเขียนรายชื่อรายละเอียด ข้อมูล ให้ลูกค้าทราบรายละเอียดของกรมธรรม์ประกันภัย โดยมีเอกสารประกอบการเสนอขาย
- ผู้เสนอขายต้องเขียนข้อความเข้าใจกับลูกค้าเป็นช่วงๆ ตลอดระยะเวลาในการเสนอขายประกัน

#### ผู้ที่มีความบกพร่องในการมองเห็น

- ผู้เสนอขายอ่านข้อมูลซ้ำๆ และชัดเจน ให้ลูกค้าฟังจนกว่าลูกค้าจะเข้าใจ
- ผู้เสนอขายต้องทบทวนแบบประกัน รายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไข ข้อยกเว้น ทุนประกันภัย ค่าเบี้ยที่ต้องชำระ วิธีการชำระ เพื่อยืนยันความเข้าใจกับลูกค้าก่อนลงนาม

#### ผู้ที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ

- ผู้เสนอขายอ่านข้อมูลซ้ำๆ และชัดเจน ให้ลูกค้าฟังจนกว่าลูกค้าจะเข้าใจ
- ผู้เสนอขายต้องทบทวนแบบประกัน รายละเอียดความคุ้มครอง และเงื่อนไข ข้อยกเว้น ทุนประกันภัย ค่าเบี้ยที่ต้องชำระ เพื่อยืนยันความเข้าใจกับลูกค้าก่อนลงนาม

ปิด

ยืนยัน



1

**คำแนะนำตามกลุ่มผลิตภัณฑ์ (Single Need Advice)** เหมาะสำหรับลูกค้าที่ต้องการคำแนะนำที่เจาะจงกลุ่มผลิตภัณฑ์ (ลูกค้าอาจไม่ได้รับคำแนะนำเต็มรูปแบบ เนื่องจากคำแนะนำจะจำกัดเฉพาะเจาะจงกลุ่มผลิตภัณฑ์)

2

**ต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง (No Advice)** เหมาะสำหรับลูกค้าที่รู้ว่าต้องการซื้อผลิตภัณฑ์ใด โดยหากเลือกประเภทคำแนะนำนี้ ลูกค้าจะไม่ได้รับคำแนะนำที่ครอบคลุมเท่ากับสองทางเลือกแรก

**คำแนะนำเต็มรูปแบบ (Full Advice)** เหมาะสำหรับลูกค้าที่ต้องการได้รับคำแนะนำที่หลากหลายเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองอย่างเหมาะสม และลูกค้ายินดีที่จะเปิดเผยข้อมูลมากที่สุดเท่าที่จำเป็นต่อการให้คำแนะนำ **(ยังไม่เปิดใช้งาน)**

# FNA No Advice

ต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง



## เลือกรูปแบบการให้คำแนะนำแบบ “ต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง” และกดปุ่ม “ยืนยัน”

# FNA | ต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง (No Advice)

**โปรดเลือกรูปแบบการให้คำแนะนำ**

เนื่องจากผลการประเมินเบื้องต้น เพื่อให้คุณเข้าใจและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมมากที่สุด เราจึงเสนอการให้คำแนะนำเต็มรูปแบบ สำหรับการประเมินความต้องการทางการเงินของคุณในครั้งนี้

**คำแนะนำตามกลุ่มผลิตภัณฑ์**

เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มผลิตภัณฑ์เฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง

เข้าใจดีว่าจะได้รับคำแนะนำในด้านความคุ้มครองไม่ครอบคลุมทุกด้าน

**คำแนะนำเต็มรูปแบบ**

**ตัวเลือกที่แนะนำ**

เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคำแนะนำที่หลากหลายเพื่อให้แน่ใจว่าตนเอง (และสมาชิกในครอบครัว) จะได้รับความคุ้มครองอย่างเหมาะสม

ยินดีที่จะเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็นเพื่อช่วยให้เราสามารถเตรียมคำแนะนำได้อย่างสมบูรณ์

**ต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง**

เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องกรรับคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เสนอขาย/นายหน้าประกันชีวิต



**คำยืนยัน**

**สำหรับลูกค้า**

ข้าพเจ้ายืนยันว่า การเลือกรูปแบบ "ประสงค์ที่จะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง" นั้น ข้าพเจ้าได้ศึกษาและเข้าใจในผลิตภัณฑ์ที่เลือกแล้วเป็นอย่างดี โดยไม่ต้องกรรับคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เสนอขาย/นายหน้าประกันชีวิต

(สำหรับผู้เสนอขาย) กรณีขายแบบไม่พบหน้า (DF2F) ผู้เสนอขาย ต้องแจ้งข้อควรทราบ(สำหรับลูกค้า)และขอคำยืนยันจากลูกค้าทุกครั้งก่อนดำเนินการขั้นต่อไป

**ข้าพเจ้า(ลูกค้า)ยืนยันและรับทราบ**

**ไม่กลับไป**

เลือกรูปแบบการให้คำแนะนำแบบ  
“คำแนะนำระบุผลิตภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ” และกดปุ่ม “ยืนยัน”

ระบบจะแสดงข้อความเพื่อให้ลูกค้ายืนยันและรับทราบ  
ให้กดปุ่ม “ยืนยันและรับทราบ” เพื่อไปสู่ขั้นตอนถัดไป



← สร้าง Sales Illustration 🏠 หน้าแรก

👤 ข้อมูลลูกค้าผู้มุ่งหวัง

บอกเราเกี่ยวกับ ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ <b>1</b>	นามสกุล <b>2</b>	
วันเกิด <b>3</b>	เพศ <b>4</b>	อาชีพ <b>5</b>
ว/ด/ค/ป/ปป		
รหัสประเทศ <b>6</b>	เบอร์โทรศัพท์ <b>7</b>	สัญชาติ <b>8</b>
ไทย (66)		
จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะ (ไม่บังคับ) <b>9</b>	ผลิตภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ <b>10</b>	หนี้สินทั้งหมดที่มี (ไม่บังคับ) <b>10</b>

ข้อมูลที่คุณให้ไว้กับ บริษัท ศรีรุ่ง โบรคเกอร์ จำกัด ในครั้งนี้ จะนำไปใช้วิเคราะห์ความต้องการทางการเงินและนำเสนอผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมให้คุณ รวมถึงจัดส่งข้อมูลหรือบริการที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติมตามต้องการของคุณต่อไป

ฝ่ายที่เอฟดับบลิวดีมีฝ่ายรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล เราจะเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลของคุณตามที่กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนด ผูกพันเพิ่มเติมเมื่อมีนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของเราที่ นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล เอฟดับบลิวดี ประเทศไทย | เอฟดับบลิวดี ประเทศไทย (fwd.co.th) | นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล เอฟดับบลิวดี ประเทศไทย.

**ต่อไป**

กรอกข้อมูลลูกค้าให้ครบถ้วน ดังนี้

1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
2. นามสกุล (ไม่ต้องกรอก)
3. ระบุวันเกิด
4. ระบุเพศโดยกำเนิด
5. อาชีพ
6. เบอร์โทรศัพท์ (ไม่ต้องกรอก)
7. ระบุสัญชาติ
8. ระบุจำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะ (ระบุหรือไม่ก็ได้)
9. ผลิตภัณฑ์ที่ต้องการซื้อ
10. กรอกหนี้สินทั้งหมดที่มี (ระบุหรือไม่ก็ได้)

เมื่อกรอกครบถ้วน ให้กดปุ่ม “ต่อไป”

## โปรดตอบคำถามต่อไปนี้

คุณมีความจำเป็นต้องใช้เงินที่จ่ายเป็นเบี้ยประกันชีวิต/เงินสมทบ มาใช้จับจ่าย ใช้สอยประจำวันหรือไม่

- ไม่จำเป็น เพราะแบ่งเงินส่วนนี้ไว้ต่างหากแล้ว
- จำเป็นเล็กน้อย หากไม่สามารถหารายได้มาใช้ในช่วงเวลาดังกล่าวได้
- จำเป็นมาก

กรุณาระบุรายละเอียด

ตัวอย่าง. ฉันจำเป็นต้องสำรองเงินก้อนนี้ เพื่อการศึกษาของลูกของฉัน

ยกเลิก

ยืนยัน

## ข้อมูลเพื่อให้บริการ

ผู้ออกประกันภัยที่มีความจำเป็นมากในการนำเงินมาใช้สอยในชีวิตประจำวัน

- ผู้เสนอขายต้องอธิบายข้อความนี้ให้กับลูกค้า  
"การประเมินของเราแสดงให้เห็นว่าคุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ประกันบางประเภทคุณมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยเพื่อพูดคุยในวันนี้หรือไม่"

ปิด

ยืนยัน

## คำถามกรณีเปราะบาง :

ระบบจะแสดงหน้าจอเพื่อสอบถามว่าลูกค้าอยู่ในกลุ่มเปราะบางหรือไม่

ลูกค้าต้องคำถาม โดยเลือกคำตอบเพียง 1 ข้อเท่านั้น และกดปุ่ม “ยืนยัน”

หากลูกค้าตอบว่า “**จำเป็นมาก**” ลูกค้าจำเป็นต้องกรอกรายละเอียดเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้เสนอขายต้องอธิบาย ข้อความที่ขึ้นแจ้งเตือนให้ลูกค้าทราบ ก่อนกดปุ่ม “ยืนยัน”

# No Advice | สร้างใบเสนอราคา

← สร้าง Sales Illustration 🏠 หน้าแรก

ผลิตภัณฑ์ที่คิดเลือก

**เอฟดับบลิวดี ฟอร์ เพนชัน 85/55 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)**

Retirement ,Savings

**เอฟดับบลิวดี ฟอร์ เพนชัน 85/55 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)**

จำนวนจาก

งวดชำระเบี้ยประกันภัย

จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) 1,000,000 1

ขั้นต่ำ 100,000

จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 2

ความคุ้มครองเพิ่มเติม (rider) เพิ่ม

การยกเว้นเบี้ยประกันภัยชีวิต 🗑️

**แบบที่จะซื้อ**

**เอฟดับบลิวดี ฟอร์ เพนชัน 85/55 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)**

เบี้ยประกันภัยรวม THB **182,960**

จำนวนเงินเอาประกันภัย THB **1,000,000**

งวดชำระเบี้ยประกันภัย รายปี

ระยะเวลาผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ 49 ปี

ระยะเวลาการชำระเงิน 19 ปี

ประเภทของผลิตภัณฑ์ สร้างความมั่งคั่ง

**สัญญาเพิ่มเติม (Riders)**

การยกเว้นเบี้ยประกันภัยชีวิต

เบี้ยประกันภัย (บาท) 0

เบี้ยประกันภัยชำระครั้งเดียว(บาท) 0

ระยะเวลาผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ 19 ปี

ระยะเวลาการชำระเงิน 19 ปี

จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000

รายละเอียดความคุ้มครอง

Sales Illustration พร้อมแล้ว!

แสดงตัวอย่างเอกสาร 3

บันทึก

นำส่ง ใบเสนอราคาและเริ่มทำใบคำขอ

- 1 กรอก “จำนวนเงินเอาประกันภัย” ที่ต้องการ
- 2 กดที่ปุ่ม “เพิ่ม” เพื่อเลือกความคุ้มครองเพิ่มเติม
- 3 จำเป็น ต้องกด “แสดงตัวอย่างเอกสาร” ประกอบการเสนอขายให้ลูกค้าดู

กรุณาตรวจสอบชื่อ sales illustration

..- Demonstration Powered by OpenText Extream 01/22/2024.. Version 16.6.60 64-bit (DBC5) ..-

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 100-102 จากเลขที่เอกสาร 5 มี 14, 16, 26 - 29

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์ ชั้น 5 ถนนสุขุมวิท ซอยสุขุมวิท 101/1

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์ ชั้น 5 อาคารเอฟดับบลิวดี 027563000304

fwd.co.th

รายละเอียดแบบประกันชีวิต

สำหรับคุณ สมร เพศ ชาย | อายุ 36 ปี

ใบเสนอแบบประกัน

แบบประกันภัย	ทุนประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัยรายปี (บาท)
กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบ (IO7A)	1,000,000	182,960
	<b>เบี้ยประกันภัยรวม (1)</b>	<b>182,960</b>
สัญญาเพิ่มเติม		
สัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นเบี้ยประกันภัย แบบดับบลิวดี	1,000,000	ฟรี
	<b>เบี้ยประกันภัยรวม (2)</b>	<b>0</b>

ชื่อพนักงาน นำส่ง sales illustration



## ข้อความขึ้นเตือนเมื่อระบุจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่ตรงตามเงื่อนไข

❗ จำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับผลิตภัณฑ์จำนวนเงินเอาประกันภัยต้องอยู่ระหว่าง : 100,000 - 100,000



หากไม่กด แสดงตัวอย่างเอกสาร จะไม่สามารถ กดปุ่ม “นำส่งใบเสนอราคาและเริ่มทำใบคำขอ”

# No Advice | สร้างใบเสนอราคา



1 กดปุ่ม “บันทึก” เพื่อบันทึกใบเสนอราคา ระบบจะให้ใส่ชื่อผู้มุ่งหวัง

- 2 กดปุ่ม “นำเสนอและเริ่มทำใบคำขอ” ระบบจะแสดงข้อความให้ยืนยัน และระบุอีเมลผู้มุ่งหวังหรือลูกค้า
- 3 กด “ยกเลิก” เมื่อไม่ต้องการส่งออกและย้อนกลับมาหน้าสร้างใบเสนอราคา
- 4 กด “นำเสนอ” เพื่อส่งข้อมูลให้ลูกค้า และเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนเริ่มทำใบคำขอ

# eApp System :

## ขั้นตอนการกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต

# ขั้นตอนการกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต (eAPP System)



# การขายแบบไม่พบหน้า (Digital Face to Face)

# รายละเอียดใบสมัคร | ข้อมูลเจ้าของกรมธรรม์และผู้ขอเอาประกันภัย

← ใบคำขอเอาประกันชีวิต

① รายละเอียดใบสมัคร

🏠 หน้าแรก

○ รายละเอียดใบสมัคร ○ ความยินยอม ○ เงินปันผลหรือเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ○ อัปเดตเอกสาร ○ ทีวี ○ การชำระเงิน

○ ข้อมูลเจ้าของกรมธรรม์และผู้ขอเอาประกันภัย ○ ข้อมูลผู้รับประโยชน์ ○ คำถามประกัน

ผู้เอาประกันภัย

สมัคร

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกัน

สมัคร

DOPA status

ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

ความสำคัญของการเปิดเผยข้อมูลจริง: สิ่งสำคัญคือคุณต้องให้คำตอบที่เป็นความจริงในแบบฟอร์มใบสมัคร การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจทำให้ FWD ปฏิเสธข้อเรียกร้องเกี่ยวกับกรมธรรม์นี้

เป็นการขอแบบไม่ได้เข้าพบลูกค้า และสื่อสารผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือไม่ (digital face to face)?  ใช่

✓ ข้อมูลส่วนบุคคล

สัญชาติ	กรณีสัญชาติ กุฎราชกุมาร
คนไทย	ไทย
ชื่อจริง	ชื่อกลาง (ถ้ามี)
สมร	
นามสกุล	วันเกิด
	22/01/2531
เลขบัตรประชาชน	วันหมดอายุบัตร
	วันหมดอายุบัตร

🔑 คุณถือบัตรประจำตัวประชาชนตลอดชีพ

กดปุ่มเลือก “ใช่” สำหรับการเสนอขายกรมธรรม์  
ประกันภัยแบบไม่พบหน้า (Digital Face to Face)

กรณีเลือกขายแบบ Digital Face to Face ระบบจะให้ลูกค้ากรอก  
ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับยืนยันตัวตน (ไม่กรอกเลขหลังบัตร Laser ID)  
ซึ่งระบบไม่ทำขั้นตอนยืนยันตัวตนที่หน้าจอ  
แต่ระบบจะส่ง Link เพื่อให้ลูกค้าทำการยืนยันตัวตนด้วยตนเอง  
(eKYC) ทาง SMS ก่อนการชำระเบี้ยประกันภัย (Payment)



# รายละเอียดใบสมัคร | ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

## 4 ข้อมูลชื่อเดิม (ถ้ามี)

✓ ข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติม

ค่านาม้าชื่อ  เพศ  สถานะภาพ   
กรุณากรอกข้อมูล กรุณากรอกข้อมูล

แสดงข้อมูลน้อยลง

ฉันมีชื่อเดิม (ไม่บังคับ)

รายละเอียดของผู้สมรส

ค่านาม้าชื่อ  ชื่อ  นามสกุล   
บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง  เลขประจำตัวประชาชน  วันบัตรหมดอายุ

## 6 ข้อมูลรายละเอียดที่อยู่

✓ ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/อาคาร  ตรอก/ซอย/ถนน (optional)  หมู่ที่ (optional)

ซอย (optional)  ถนน (optional)

รหัสไปรษณีย์  ตำบล/แขวง

เขต  จังหวัด

ประเทศ   
Thailand

## 5 ข้อมูลรายละเอียดอาชีพ

✓ รายละเอียดอาชีพ

อาชีพประจำ  รายได้ต่อปี (บาท)   
กรุณากรอกข้อมูล

คุณใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่

แสดงข้อมูลน้อยลง

ตำแหน่งงาน (ไม่บังคับ)  ลักษณะธุรกิจ (ไม่บังคับ)

ลักษณะงานที่ทำ (ไม่บังคับ)

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)

## 7 ข้อมูลรายละเอียดการติดต่อ

✓ รายละเอียดการติดต่อ

อีเมล   
jinjuta.w@fwd.com

โทรศัพท์มือถือ   
รหัสประเทศ  ไทย (66) กรุณากรอกข้อมูล

แสดงข้อมูลเพิ่มเติม

ต่อไป

เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วให้กด **“ต่อไป”**

# รายละเอียดใบสมัคร | ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

รายละเอียดใบสมัคร

ข้อมูลเจ้าชองกรมธรรม์และผู้ขอเอาประกันภัย

ข้อมูลผู้รับประโยชน์

คำถามประกัน

DOPA status

ผู้เอาประกันภัย

สมร ศรีเมือง

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกัน

สมร ศรีเมือง

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ตนเอง

Start typing...

กรุณาเลือก...

ตนเอง

บิดา

มารดา

คู่สมรส

บุตร

บุตรบุญธรรมตามกฎหมาย

บิดาบุญธรรม

มารดาบุญธรรม

ปู่

ย่า

ตา

ยาย

พี่ร่วมบิดาและมารดาเดียวกัน

น้องร่วมบิดาและมารดาเดียวกัน

พี่ร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน

พี่

ต่อไป

- 8 หากผู้ขอเอาประกันภัยกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นบุคคลเดียวกัน ให้เลือก “ตนเอง”
- 9 หากผู้ขอเอาประกันภัยกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยไม่ใช่บุคคลเดียวกัน ให้เลือกความสัมพันธ์ระหว่างสองบุคคลนี้
- 10 กดปุ่ม “ต่อไป” เพื่อทำรายการในหน้าถัดไป

## ผู้ขอเอาประกันภัยกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยไม่ใช่บุคคลเดียวกัน

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

รายละเอียดใบสมัคร

ข้อมูลเจ้าชองกรมธรรม์และผู้ขอเอาประกันภัย

ข้อมูลผู้รับประโยชน์

คำถามประกัน

DOPA status

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ

นามสกุล

ชื่อจริง

ชื่อกลาง

ชื่อหลัง

ชื่อภาษาอังกฤษ

ชื่อภาษาอังกฤษ

ชื่อภาษาอังกฤษ

ชื่อภาษาอังกฤษ

ต่อไป

หากผู้ขอเอาประกันภัยกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยไม่ใช่บุคคลเดียวกัน จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลแบบเดียวกันกับที่ทำมาแล้วในส่วนของผู้ขอเอาประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

รายละเอียดใบสมัคร | ความยินยอม | เงินปันผลหรือเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ | อัปเดตเอกสาร | รีวิ | การชำระเงิน

ข้อมูลผู้รับประโยชน์

ข้อมูลผู้รับประโยชน์

11

ผู้รับผลประโยชน์ 1

ความสัมพันธ์กับเจ้าของกรมธรรม์: บิดา

คำนำหน้าชื่อ: นาย

ชื่อจริง: แสนดี

นามสกุล: ม่วงคราม

เพศ: ชาย

อายุ: 67

เลขบัตรประชาชน (ถ้ามี):

แสดงข้อมูลเพิ่มเติม

12

+ เพิ่มผู้รับผลประโยชน์ (สูงสุด 10 คน)

13

การจัดการผู้รับผลประโยชน์

ผู้รับผลประโยชน์ 1: 100%

100%

ผู้รับผลประโยชน์ 1 สัดส่วนทั้งหมด

ส่งไป

## 11 กรอกข้อมูลผู้รับผลประโยชน์

- ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์
- เพศ, อายุ
- เลขบัตรประชาชน (ถ้ามี)

## 12 จำนวนผู้รับผลประโยชน์

สูงสุดมีได้ **ไม่เกิน 10 คน** โดยจำนวนคนสูงสุดอาจเปลี่ยนแปลงไปตามแบบประกัน ซึ่งจำเป็นต้องกรอกข้อมูลผู้รับผลประโยชน์อย่างน้อยหนึ่งคน

## 13 สัดส่วนของผู้รับผลประโยชน์

- รวมทั้งหมดจะต้องเท่ากับ **100%**

# รายละเอียดใบสมัคร | คำถามสุขภาพสำหรับผู้เอาประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต

รายละเอียดใบสมัคร | ความยินยอม | เงินปันผลหรือเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ | อัปโหลดเอกสาร | ทริว | การชำระเงิน

ข้อมูลเจ้าของกรมธรรม์และผู้เอาประกันภัย | ข้อมูลผู้รับประโยชน์ | คำถามประกัน

ผู้เอาประกันภัย >

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

1. ท่านมีประวัติชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่ใช่  ใช่

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่ใช่  ใช่

ต่อไป

ลูกค้าต้องตอบคำถามสุขภาพและคำถามทั่วไปสำหรับผู้เอาประกันภัย ลักษณะและจำนวนคำถามจะแตกต่างกันไปตามประเภทการรับประกันภัย โดยขึ้นอยู่กับแบบประกันที่เลือกไว้ ซึ่งจำเป็นต้องตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

**หมายเหตุ :** คำถามสำหรับผู้เอาประกันภัย จะแตกต่างจาก ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้าไม่ใช่บุคคลเดียวกัน)

กดปุ่ม “ต่อไป” เพื่อทำรายการในหน้าถัดไป

# ความยินยอม | คำชี้แจง FATCA

← ในคำขอเอาประกันชีวิต รายละเอียดใบสมัคร ดู หน้าแรก

รายละเอียดใบสมัคร  ความยินยอม  เงินปันผลหรือเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์  อัมโพลเอกสาร  รีวิว  การชำระเงิน

คำชี้แจง FATCA โดยผู้เอาประกันภัย >

ให้ความยินยอมโดยผู้เอาประกันภัย >

การแถลง CRS โดยผู้เอาประกันภัย >

รับรองสถานะ FATCA โดย สมร ศรีเมือง

หมายเหตุ: การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้เอาประกันภัย ผู้แทน โดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะและไม่เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันด้วยตนเอง)

1. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

2. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ใช่  เคยเป็นและสิ้นผลบังคับกรณีเป็นหรือเคยเป็น  ไม่ใช่

3. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

4. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ใช่  ไม่ใช่

กรณีเลือก เป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN หรือ W-9 และนำส่งบริษัท FWD ตามเดิม

คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อกำหนดหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทเจ้าเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช่ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้ง ให้บริษัททราบกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัท ในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ต่อไป

1 **ตอบคำถามเรื่องการเปิดเผยข้อมูล FATCA** เป็นการรับรองสถานะ และให้ความยินยอม กรณีที่ลูกค้าเป็นบุคคลอเมริกัน

2 **กรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีข้อ บ่งชี้ว่าเป็นบุคคลอเมริกัน** ระบบจะแสดงรายละเอียดย่อย ของคำถามให้ตอบและ กรอกเพิ่มเติม และ ระบบ จะมีข้อความแจ้งเตือนให้ กรอกแบบฟอร์ม W-8BEN, W-9 และนำส่ง แบบฟอร์ม W-8BEN, W-9 ให้บริษัท FWD

# ความยินยอม | ยินยอมเปิดเผยข้อมูล

เกี่ยวกับเบี้ยประกันให้กรมสรรพากร / การให้ถ้อยคำและการให้ความยินยอม / การให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคลแก่ FWD / วิธีการรับกรมธรรม์และเอกสารอื่น

คำชี้แจง FATCA โดยผู้ขอเอาประกันภัย >

ให้ความยินยอมโดยผู้ขอเอาประกันภัย >

การแถลง CRS โดยผู้ขอเอาประกันภัย >

3

การแจ้งใช้สิทธิ์ยกเว้นภาษีเงินได้ (Tax Consent)

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิ์ยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ไม่มีความประสงค์

## การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันให้กรมสรรพากร

- หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นคนไทยสามารถเลือกได้ว่าการต้องการให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรหรือไม่ หาก “ไม่มีความประสงค์” ลูกค้ำจะต้องส่งหลักฐานด้วยตนเองตอนยื่นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา คำชี้แจง
- หากเป็นชาวต่างชาติหากเลือก “มีความประสงค์” ให้กรอกข้อมูล Tax-Payer ID No. ด้วย

คำชี้แจงความยินยอม (Statement of consent)

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยรวมไปถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทฯ จะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หรืองานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเลือกความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โดยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ที่ปรากฏใน [นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล เอชดีเอ็มซี ประเด็นไทย](#) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทฯ จะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.co.th](#)
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย  
(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ และจะแจ้งบริษัทฯ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)  
(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอ้างอำนาจกฎหมายอันสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ  
(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล เอชดีเอ็มซี ประเด็นไทย](#) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.co.th](#)  
(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทฯ และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ FWD เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอันเกี่ยวของข้าพเจ้า เพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรับประกันภัย รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว

4 ลูกค้ำ “ต้องให้ความยินยอมหลัก” ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ในการรับประกันภัยเสมอ หากไม่ยินยอมจะไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้

เกี่ยวกับเบี้ยประกันให้กรมสรรพากร / การให้ถ้อยคำและการให้ความยินยอม / การให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคลแก่ FWD / วิธีการรับกรมธรรม์และเอกสารอื่น

- คำชี้แจง FATCA โดยผู้ขอเอาประกันภัย >
- ให้ความยินยอม โดยผู้เอาประกันภัย >
- การแถลง CRS โดยผู้ขอเอาประกันภัย >

**ความยินยอมเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล**

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

ส่วนที่ 1) ความยินยอมเพื่อการวิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ ผลิตภัณฑ์ และอื่นๆ

\*โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้และยอมรับความยินยอม

คุณยินยอมให้เอฟดับบลิวดี เก็บ รวบรวม ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล (เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์) และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวของคุณที่อยู่ในความครอบครองของเอฟดับบลิวดี เพื่อวิเคราะห์ สืบหาความพึงพอใจ พัฒนาปรับปรุงบริการหรือผลิตภัณฑ์ บริหารจัดการภายใน จัดการเรื่องร้องเรียน ตรวจสอบธุรกรรมที่อาจเกิดการทุจริต และ/หรือ เพื่อการปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบของประเทศใด ๆ ที่ใช้บังคับกับเอฟดับบลิวดี

หากเอฟดับบลิวดีไม่ได้รับความยินยอมในข้อนี้หรือคุณใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมภายหลัง เอฟดับบลิวดีจะไม่สามารถ วิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ / ผลิตภัณฑ์ได้

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ส่วนที่ 2) ความยินยอมเพื่อการสื่อสารข้อมูลผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์

\*โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้และยอมรับความยินยอม

1. คุณยินยอมให้ เอฟดับบลิวดี เก็บ รวบรวม และใช้ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์และโฆษณา ส่งข่าวสาร ส่งเนื้อหาการส่งเสริมการขายและการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บริการ กิจกรรมต่าง ๆ และข้อเสนอพิเศษอื่น รวมถึงข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ของ เอฟดับบลิวดี

2. คุณยินยอมให้ เอฟดับบลิวดี โอน และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวให้แก่บริษัทคู่ค้า และบริษัทในเครือกลุ่มเอฟดับบลิวดี เพื่อวิเคราะห์ จัดเก็บ สืบหาความพึงพอใจ บริหารจัดการภายใน พัฒนาและ/หรือ ปรับปรุงบริการ หรือผลิตภัณฑ์ของตน และเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์และโฆษณา ส่งข่าวสาร ส่งเนื้อหาการส่งเสริมการขายและการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บริการ กิจกรรมต่าง ๆ และข้อเสนอพิเศษอื่น รวมถึงข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ

หากคุณให้ความยินยอม คุณจะไม่พลาดโอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ ข้อเสนอพิเศษ คำแนะนำ และข่าวสารต่างๆ

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ทั้งนี้ กรณีที่คุณให้ความยินยอม ถือเป็น การให้ความยินยอมสำหรับทุกกรมธรรม์ที่คุณมีอยู่และจะมีกับเอฟดับบลิวดี จนกว่าคุณจะถอนความยินยอม และคุณมีสิทธิยกเลิกการให้ความยินยอมได้ ผ่านช่องทางออนไลน์ FWD Link หรือศูนย์บริการลูกค้า โทร 1351 ตามวัน-เวลาทำการของเรา โดยการยกเลิกความยินยอมจะไม่กระทบการให้บริการตามสัญญาประกันภัยระหว่างคุณและเอฟดับบลิวดี

คุณได้รับทราบและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดีตามรายละเอียดใน [นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล เอฟดับบลิวดี ประเทศไทย](#) อย่างชัดเจนแล้ว และแสดงความประสงค์ดังต่อไปนี้

ต่อไป

**ลูกค้ำมีสิทธิให้ความยินยอมเสริม (ส่วนที่ 1 และ 2) เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือ การตลาดหรือไม่ก็ได้ (ไม่บังคับ)**

เกี่ยวกับเบี้ยประกันให้กรมสรรพากร / การให้ถ้อยคำและการให้ความยินยอม / การให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคลแก่ FWD / วิธีการรับกรมธรรม์และเอกสารอื่น

คำชี้แจง FATCA โดยผู้ขอเอาประกันภัย >

ให้ความยินยอม โดยผู้เอาประกันภัย >

การแถลง CRS โดยผู้ขอเอาประกันภัย >

แอปพลิเคชัน เพื่อวิเคราะห์ จัดเก็บ ตรวจสอบความพึงพอใจ บริหารจัดการภายใน พัฒนาและ/หรือ ปรับปรุงบริการ หรือผลิตภัณฑ์ของตน และเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์และโฆษณา ส่งข่าวสาร ส่งเนื้อหาการส่งเสริมการขายและการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ บริการ กิจกรรมต่าง ๆ และข้อเสนอพิเศษอื่น รวมถึงข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ

หากคุณให้ความยินยอม คุณจะไม่พลาดโอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ ข้อเสนอพิเศษ คำแนะนำ และข่าวสารต่างๆ

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ทั้งนี้ กรณีที่คุณให้ความยินยอม ถือเป็น การให้ความยินยอมสำหรับทุกกรมธรรม์ที่คุณมีอยู่และจะมีกับแอปพลิเคชัน หมายความว่า คุณจะถอนความยินยอม และคุณมีสิทธิยกเลิกการให้ความยินยอมได้ ผ่านช่องทางออนไลน์ FWD Link หรือศูนย์บริการลูกค้า โทร 1351 ตามวัน-เวลาทำการของเรา โดยการยกเลิกความยินยอมจะไม่กระทบการให้บริการตามสัญญาประกันภัยระหว่างคุณและแอปพลิเคชัน

คุณได้รับทราบและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รวมทั้งนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของแอปพลิเคชันตามรายละเอียดใน [นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล แอปพลิเคชันประเทศไทย](#) อย่างชัดเจนแล้ว และแสดงความประสงค์ดังต่อไปนี้

**วิธีการจัดส่ง**

1. วิธีการรับกรมธรรม์ (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

EMAIL  แบบกระดาษ

2. วิธีการรับเอกสารแสดงทางการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

EMAIL  แบบกระดาษ

ต่อไป

## เลือกช่องทางการรับเอกสาร

- การรับกรมธรรม์
- วิธีการรับเอกสารทางการเงิน / เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์

กดปุ่ม “ต่อไป”  
เพื่อทำรายการในหน้าถัดไป



# ความยินยอม | การแลกเปลี่ยนที่อยู่ทางภาษี (CRS)

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

รายละเอียดใบสมัคร | ความยินยอม | เงินปันผลหรือเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ | ดัชนีเอกสาร | รีวิว | การชำระเงิน

คำชี้แจง FATCA โดยผู้ขอเอาประกัน >

ให้ความยินยอมโดยผู้เอาประกัน **1**

การแถลง CRS โดยผู้ขอเอาประกัน >

**1** ข้อมูลส่วนตัวบุคคล

ชื่อ นามสกุล  
สมร ศรีเมือง

เลขบัตรประชาชน วันเกิด  
1100701864432 22/01/2531

**2** ประเทศที่เกิด ไทย จังหวัดที่เกิด

**1** ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร (ถ้ามี) หมู่ที่ (ถ้ามี)  
2

ซอย (ถ้ามี) ถนน (ถ้ามี)

จังหวัด อำเภอ/เขต

ต่อไป

## 1 ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุต่ำกว่า 20 ปี)

- ระบบจะดึงข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง วันเกิดและที่อยู่ปัจจุบันที่ลูกค้าเคยกรอกไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยมาแสดงให้ในหน้านี้ ซึ่งจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลที่ดึงมาในหน้านี้ได้

## 2 สำหรับข้อมูลสถานที่เกิด คือ ประเทศที่เกิดและจังหวัดที่เกิดต้องกรอกข้อมูลเอง

- ประเทศที่เกิด : จะมี Drop down list ให้เลือกประเทศ
- จังหวัดเกิด :
  - หากประเทศเกิดเป็น “ไทย” ในส่วนของจังหวัดที่เกิดจะมี drop down list ให้ลูกค้าเลือกจังหวัดในประเทศไทย
  - หากประเทศที่เกิดเป็นต่างประเทศ ในส่วนของจังหวัดที่เกิด จะให้กรอกข้อมูลจังหวัดที่เกิดเอง

# ความยินยอม | การแลกเปลี่ยนที่อยู่ทางภาษี (CRS)

**แลกเปลี่ยนถิ่นที่อยู่ทางภาษีโดยผู้ขอเอาประกันภัย**

นิยามของถิ่นที่อยู่ทางภาษี อาจแตกต่างกันออกไปตามกฎหมายของแต่ละประเทศ จึงเป็นไปได้ที่บุคคลหนึ่งจะมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่าหนึ่งประเทศ บริษัทไม่สามารถให้คำแนะนำทางภาษีแก่ท่านได้ กรุณาขอคำแนะนำจากที่ปรึกษาทางภาษีหรือหน่วยงานด้านภาษีของท่าน

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีเฉพาะในประเทศไทยใช่หรือไม่?

ใช่  ไม่ใช่

**การกรอกข้อมูล**

## โปรครระบุ 1

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี

มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TIN) หรือไม่?

ใช่  ไม่ใช่

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

**+ เพิ่ม**

มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TIN) หรือไม่?

ใช่  ไม่ใช่

**โปรดเลือกเหตุผล**

- ประเทศที่มีถิ่นที่อยู่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้โดยลงประจำตัวผู้เสียภาษีไม่ได้ผู้จัดอยู่ในประเทศอื่น
- ผู้ขอเอาประกันยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น
- ไม่จำเป็นต้องใช้หรือเป็นเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้

โปรดระบุ

**การยินยอม การเปลี่ยนแปลงสถานะความยินยอม ในการเปิดเผยข้อมูล**

- ข้าพเจ้าขี้นชื่อหรือความตั้งใจเป็นความจริงและเป็นความลับ
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร (กฎหมาย CRS)
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่มีกฎหมาย CRS
- ข้าพเจ้าจะให้อินพุตเพิ่มเติมตามที่บริษัทหรือระบบปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหน้าที่ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าประสงค์ไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงในปริมาณที่อาจมีผลกระทบต่อภาษีอากรในประเทศภายใน 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ไม่ว่ากรณีใดๆ ข้าพเจ้าจะไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่มีกฎหมาย CRS

ฉันยินยอมให้ FWD เปิดเผยข้อมูล CRS.

### 3 การแลกเปลี่ยนประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษีของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุต่ำกว่า 20 ปี)

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีเฉพาะในประเทศไทยใช่หรือไม่

- เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”
  - หากตอบ “ใช่” ระบบจะดึงข้อมูลประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษีเป็น ประเทศไทย และ หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เป็นเลขประจำตัวประชาชน มาใส่ใน CRS form ให้ ลูกค้ำจำเป็นต้องยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะและความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล (ข้อ 4)
  - หากตอบ “ไม่ใช่” ให้ระบุประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี และเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

- A: หากมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ให้กรอกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีด้วย
- B: หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดเลือกเหตุผล ตามที่ระบุไว้
  - หากเลือกเหตุผล “ผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น” จำเป็นต้องกรอกอธิบายเหตุผลที่ยังไม่ได้เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ในช่องที่กำหนดไว้ให้
  - สามารถกด “+เพิ่ม” ได้หากผู้ขอเอาประกันภัยมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่าหนึ่งประเทศและสามารถกด “ลบ” ประเทศออกได้
  - เมื่อกรอกครบแล้ว ลูกค้ำจำเป็นต้องให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล (ข้อ 4)

# ความยินยอม | การแลกเปลี่ยนที่อยู่ทางภาษี (CRS)



การยินยอม การเปลี่ยนแปลงสถานะและความยินยอม ในการเปิดเผยข้อมูล

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร(กฎหมาย CRS)
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS
4. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
5. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
6. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

**ฉันยินยอมให้ FWD เปิดเผยข้อมูล CRS.**

ต่อไป

## 4 ลูกคำจำเป็นต้องให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล CRS

## 5 ตัวอย่างแบบฟอร์ม CRS หลังจากที่ถูกกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว

~\* Demonstration Powered by OpenText Extrem 11/06/2023, Version 16.6.60 64-bit (DBCS) ~\*  
 เป็นไฟล์ แสดงเป็นตัวอย่าง โปรดใช้กับตัว บริษัท (ภาษาไทย)  
 เลขที่ 190-132 ตามประมวลข้อ 3 ณ 14, 16, 26-29  
 หมายเลข หมายเลขมี เลขบัญชี หมายเลข 10330  
 ศูนย์บริการลูกค้าพร้อมด้วยวี 1591 หมายเลขบริษัท 087563000304  
 fwd.co.th



แบบแสดงถิ่นที่อยู่ทางภาษีสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา  
 Individual tax residency self-certification form

ในคำขอแบบประกันชีวิตที่ Application No. .... D30029776 .....

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย**  
 Part 1 : Applicant Information

ชื่อและนามสกุล Name and Surname ... น.วิมลวิมล ช.เสถียร  
 ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address ... เลขที่ 1 หมู่บ้านพลาซ่า A หมู่ที่ A ซอย C ถนน D  
 แขวง ตำบล Town ... อำเภอ ... เขต อำเภอ City ...  
 รหัสไปรษณีย์ Postal Code/ZIP Code ... 10900  
 เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง Identification No. / Passport No.  
 วันที่เกิด Date of Birth ... 21 ... เดือน Month ... 11  
 สถานที่เกิด Place of Birth จังหวัด City .....

**ส่วนที่ 2 : ข้อมูลของผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง**  
 Part 2 : Guardian information (For the applicant whose age less than 20 years old)

ชื่อและนามสกุล Name and Surname ... น.วิมลวิมล ช.เสถียร  
 ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address ... เลขที่ 1 หมู่บ้านพลาซ่า A หมู่ที่ A ซอย C ถนน D  
 แขวง ตำบล Town ... อำเภอ ... เขต อำเภอ City ...  
 รหัสไปรษณีย์ Postal Code/ZIP Code ... 10900  
 เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง Identification No. / Passport No.  
 วันที่เกิด Date of Birth ... 21 ... เดือน Month ... 11  
 สถานที่เกิด Place of Birth จังหวัด City .....

ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant  
 ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศไทยใช่หรือไม่? Do you have tax residence only in Thailand?  
 "ใช่ Yes", only End  
 "ไม่ใช่ No", โปรดระบุชื่อประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีตามตารางด้านล่าง Please specify your country of tax residence and TIN in the table below

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี	หากท่านเลือกเหตุผล ร โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถระบุ
ไทย	A00B00C00		

**ส่วนที่ 3 : การลงประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี**  
 Part 3 : Country of tax residence declaration

ฉันจะยื่นถิ่นที่อยู่ทางภาษี ตามที่กล่าวไว้ในเอกสารของกรมสรรพากรหรือไม่? I will declare my tax residence in the country of my tax residence as stated in the tax authority's document.  
 ใช่ Yes, only End  
 ไม่ใช่ No, โปรดระบุชื่อประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีตามตารางด้านล่าง Please specify your country of tax residence and TIN in the table below

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี Taxpayer Identification Number (TIN)
ไทย	A00B00C00

~\* Demonstration Powered by OpenText Extrem 11/06/2023, Version 16.6.60 64-bit (DBCS) ~\*  
 เป็นไฟล์ แสดงเป็นตัวอย่าง โปรดใช้กับตัว บริษัท (ภาษาไทย)  
 เลขที่ 190-132 ตามประมวลข้อ 3 ณ 14, 16, 26-29  
 หมายเลข หมายเลขมี เลขบัญชี หมายเลข 10330  
 ศูนย์บริการลูกค้าพร้อมด้วยวี 1591 หมายเลขบริษัท 087563000304  
 fwd.co.th



**ส่วนที่ 4 : การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะและการยื่นขอในการเปิดเผยข้อมูล**  
 Part 4 : Confirmation, Change of status and Disclosure of information

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ (I confirm that the above information is true, correct, accurate and complete.)
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร(กฎหมาย CRS) (I acknowledge that the Life Insurance Company ("The Company") is subject to and required to comply with the Emergency Decree on Exchange of Information for International Tax Compliance (CRS).)
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS (I acknowledge that the Company has to collect, use, or disclose any of my information to the domestic or international government sectors to comply with the CRS.)
4. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด (I will provide additional information as request by the Company in order to comply with the CRS in writing within the specified period.)
5. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล (I will notify the Company of any change in status or any information I have previously notified to the Company, if the status or information that changes is related to tax residency within 30 days from the date of change of status or information.)
6. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS (In the event that I do not disclose the information under (4) and (5), I grant the Company the right to report my information to domestic or international government sectors to comply with CRS.)

เหตุผล (ก) - โปรดระบุชื่อและเลขประจำตัวผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง (Reason (A) - The Jurisdiction where the account holder is located)  
 เหตุผล (ข) - ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง ที่ท่านไม่สามารถระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ (Reason (B) you are unable to obtain a TIN.)  
 เหตุผล (ค) - ไม่จำเป็นต้องให้เก็บหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี) Reason (C) - TIN is not required. (Note: Or not require the collection of TIN issued by such jurisdiction.)

Tost  
 (นางสาว วิมล ช.เสถียร)  
 ผู้ขอเอาประกันภัย  
 Tost  
 (นางสาว วิมล ช.เสถียร)  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง  
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ระบุชื่อผู้ถือการ)

6 พฤศจิกายน 2566  
 วัน

# เงินปันผลหรือเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ตั้งค่าการชำระเบี้ยประกันภัย : กรณีถ้ามีเงินปันผล เงินคืนตามสัญญา เงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์

← ใบคำขอเอาประกันชีวิต (i) รายละเอียดใบสมัคร 🏠 หน้าแรก

รายละเอียดใบสมัคร  ความยินยอม  เงินปันผลหรือเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์  อัปเดตเอกสาร  รีวิว  การชำระเงิน

เงินปันผล เงินคืนตามสัญญา เงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ >

กรณีถ้ามีเงินปันผล เงินคืนตามสัญญา เงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์

ยังไม่สามารถตั้งค่าได้

ยังไม่สามารถตั้งค่าได้  
ให้กด **“ต่อไป”** ได้เลย

**ต่อไป**

กรณีขายแบบไม่พบหน้า (DF2F) จะข้ามขั้นตอนการอัปโหลดเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณารับประกันภัย เนื่องจากในทางปฏิบัติลูกค้าไม่ได้อยู่กับผู้เสนอขาย ไม่สามารถมอบหลักฐานให้ผู้เสนอขายอัปโหลดได้ที่หน้าจอ FWD CUBE ของผู้เสนอขาย จะข้ามขั้นตอนนี้ โดยกด “ข้าม”



## รีวิว | แสดงผลพิจารณาเบื้องต้น (STP)

ระบบจะแสดงผลการพิจารณาเบื้องต้น พร้อมด้วยเหตุผลประกอบเกณฑ์การพิจารณา โดยจะแนบรายการ Memo เบื้องต้น (หากมี) จากข้อมูลที่บันทึกหรือตอบไว้ของลูกค้า ทั้งนี้ หากนำเสนอใบคำขอฯ มายังฝ่ายพิจารณารับประกันแล้วอาจมี Memo เพิ่มเติมจากฝ่ายพิจารณาได้อีก

ผลการพิจารณาเบื้องต้นของผู้เอาประกันภัย

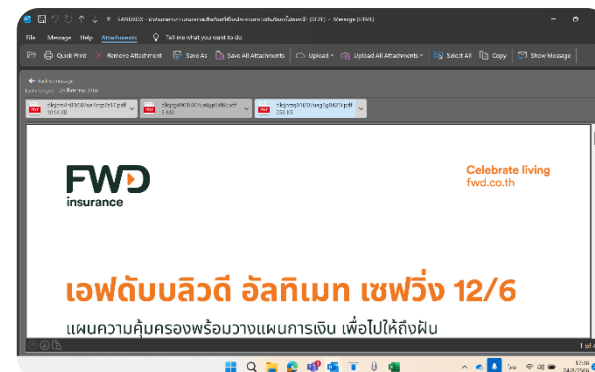
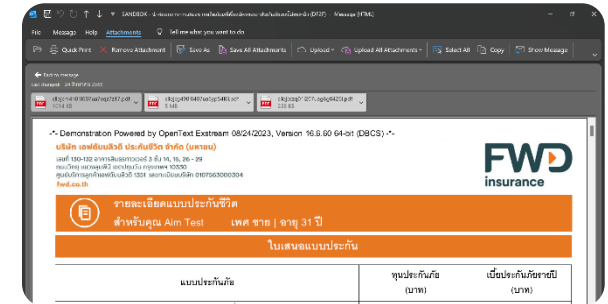
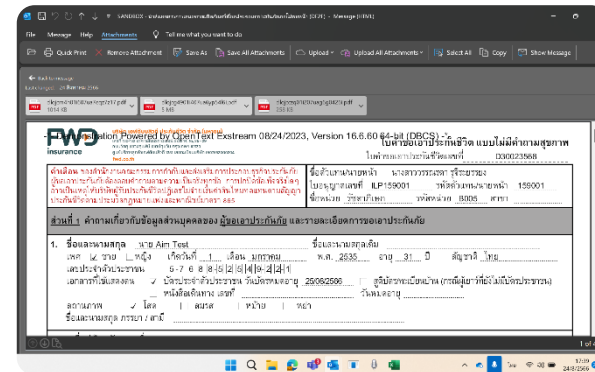
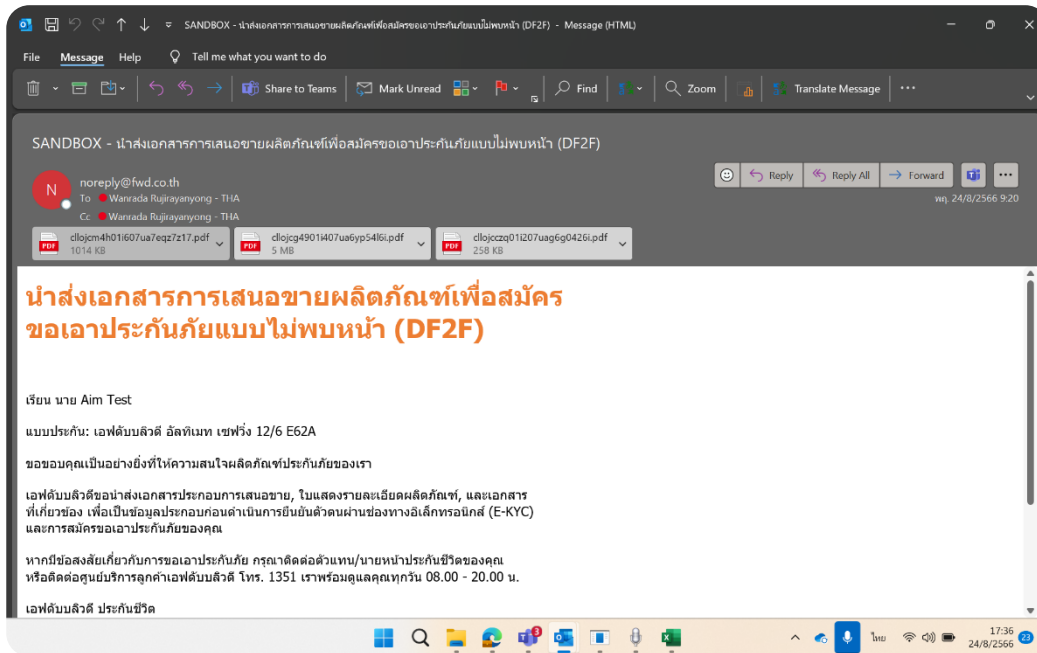
บริษัทขอพิจารณาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมสำหรับการรับประกันภัย

ต่อไป

กดปุ่ม “ต่อไป” เพื่อทำรายการในหน้าถัดไป

# ตัวอย่างเอกสารสำหรับรีวิว

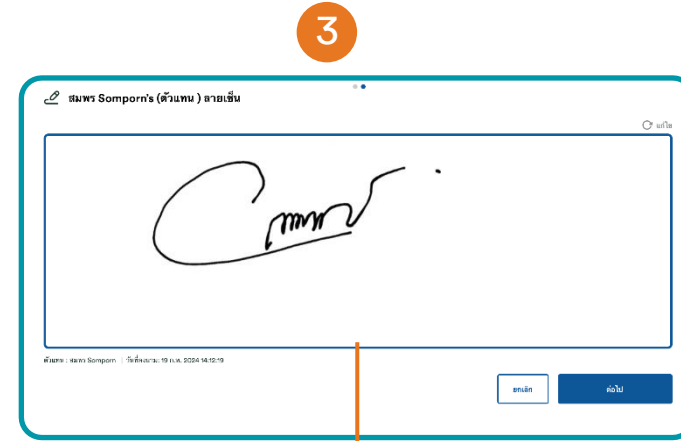
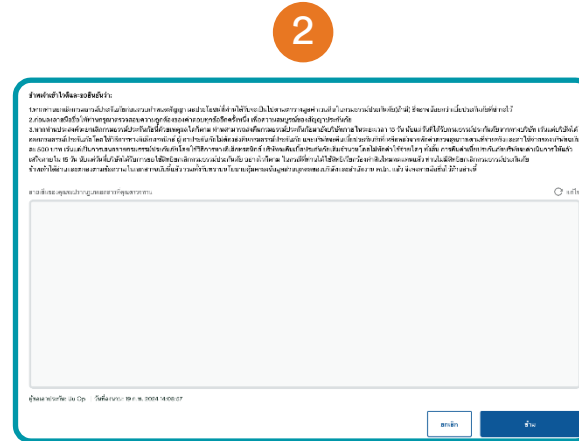
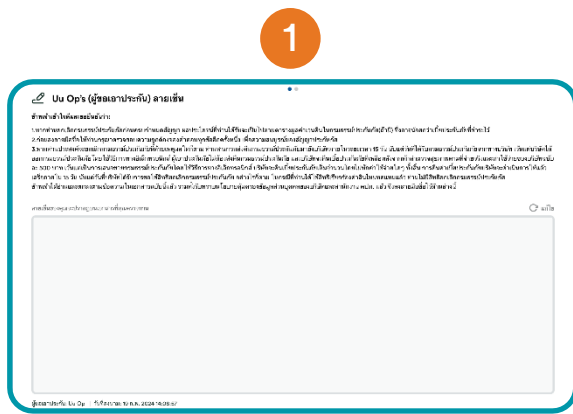
ระบบจะส่งเอกสารให้ลูกค้าทาง email สำหรับการขายแบบไม่พบหน้า (DF2F) หากข้อมูลลูกค้าไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ลูกค้ายังสามารถแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องได้ โดยกลับไปหน้ารายละเอียดใบสมัคร เพื่อแก้ไขข้อมูลลูกค้าให้ถูกต้องอีกครั้ง จากนั้นระบบจะส่งเอกสารที่แก้ไขล่าสุดให้ลูกค้า เพื่อรีวิวอีกครั้ง แต่หากข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนแล้วผู้เสนอขายสามารถดำเนินการขายต่อได้ตามปกติขึ้นตอนหน้าถัดไป



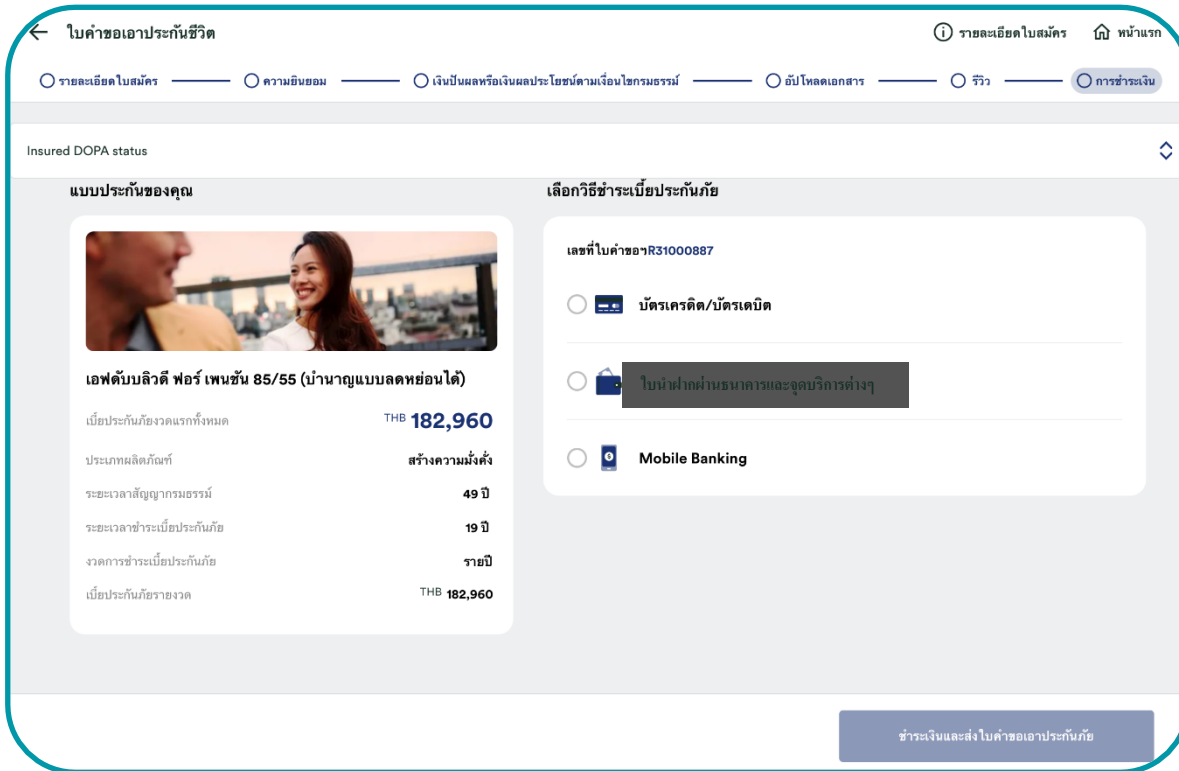


# การลงลายเซ็น

- 1 ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ต้องลงลายมือชื่อบนหน้าจอนี้
- 2 ลายมือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยฯ ไม่ใช่คนเดียวกัน โดยผู้ชำระเบี้ยฯไม่ต้องลงลายมือชื่อบนหน้าจอนี้
- 3 ลายมือชื่อผู้เสนอขาย



หากผู้เสนอขายลงลายมือชื่อแล้ว จะไม่สามารถย้อนกลับไปแก้ไขข้อมูลลูกค้าได้อีก

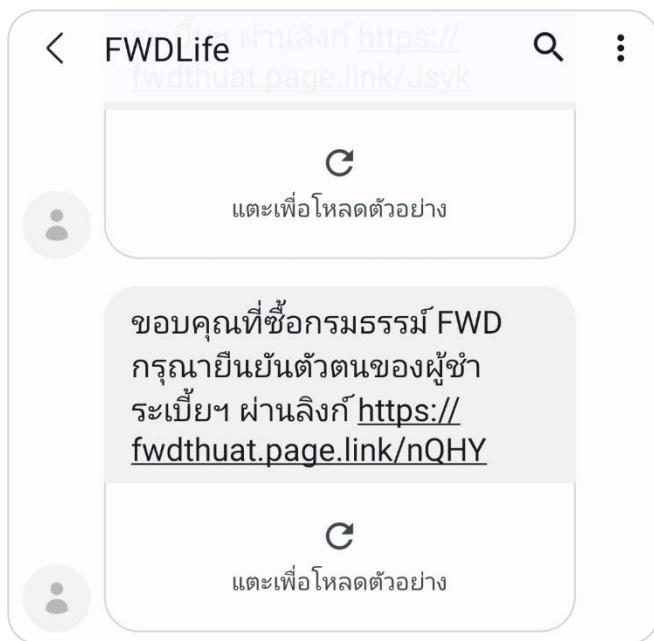


## เลือกวิธีการชำระค่าเบี้ยประกันภัยครั้งแรก เพื่อทำการชำระเงิน

1. ระบบจะแสดงข้อมูลสรุปเบี้ยประกันภัยรวม รายละเอียดแบบประกันฯ และ ยอดเบี้ยประกันภัยรายงวด
2. เลือกชำระเงิน
  - ชำระเงินผ่านบัตรเครดิต/บัตรเดบิต
  - ชำระเงินผ่านใบนำฝากผ่านธนาคาร และจุดบริการต่างๆ (Bill payment via Bank or Counter Service )
  - ชำระเงินผ่าน Mobile Banking (QR Code)

# การยืนยันตัวตนด้วยตนเอง (eKYC)

ลูกค้าจะได้รับ link การยืนยันตัวตนด้วยตนเอง (eKYC) ทาง SMS ตามตัวอย่างด้านล่าง โดย link จะถูกส่งหลังจากลูกค้าเลือกวิธีชำระเบี้ยประกันภัยบนหน้าจอ FWD CUBE เรียบร้อยแล้ว



## ขั้นตอนการยืนยันตัวตนด้วยตนเองจะประกอบด้วย

1. การพิสูจน์ตัวตนลูกค้าในระบบทะเบียนราษฎร (DOPA)
2. การยืนยันตัวตนด้วยการสแกนใบหน้า (Face Recognition)
3. การยืนยันการซื้อประกันภัยผ่าน OTP



- ลูกค้าจะต้องทำขั้นตอนการพิสูจน์ตัวตน (DOPA) และการยืนยันการซื้อประกันภัย OTP ให้สำเร็จ ระบบจึงจะดำเนินการส่ง link สำหรับชำระเบี้ยประกันภัยให้ลูกค้าในขั้นตอนถัดไป
- กรณีลูกค้าต่างชาติและลูกค้าที่บัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย 6 7 8 9 จะข้ามขั้นตอนพิสูจน์ตัวตน (DOPA)

# ขั้นตอนการยืนยันตัวตนด้วยตนเอง (eKYC)

## ลูกค้าต้องยืนยันการทำประกันภัยและยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP ตามขั้นตอนด้านล่าง

ได้รับ SMS และลิ้งค์อิน



ลูกค้าได้รับ link ผ่าน SMS

ตรวจสอบข้อมูลบัตรประชาชนกับ  
ฐานข้อมูลกรมการปกครอง

customer.ekyc.fwd.co.th/

FWD ไทย

ยืนยันตัวตนลูกค้าเอฟดับบลิวดี

หมายเลขบัตรประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด (พ.ศ.)

เข้าสู่ระบบ

ลูกค้ากรอกบัตรประชาชนและ  
วันเดือนปี เกิด และกด “เข้าสู่ระบบ”

ถ่ายภาพใบหน้าคู่กับบัตรประชาชน

customer.ekyc.fwd.co.th/

FWD ไทย

การยืนยันตัวตนของคุณ

เงื่อนไขการยืนยันตัวตน

1. เป็นบุคคลธรรมดา
2. เจ้าของข้อมูลต้องเป็นเจ้าของเดียวกับผู้ขอเอาประกันภัยเท่านั้น กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยกับผู้ชำระเบี้ยไม่ใช่บุคคลเดียวกัน ผู้ชำระเบี้ยจะต้องทำการยืนยันตัวตนเช่นเดียวกัน

กรุณากดปุ่ม 'ยืนยัน' ด้านล่าง เพื่อยืนยันตัวตนของคุณ

ยืนยัน

ศึกษาเงื่อนไขการยืนยันตัวตน  
กด “ยืนยัน”

# ขั้นตอนการยืนยันตัวตนด้วยตนเอง (eKYC)

## ลูกค้าต้องยืนยันการทำประกันภัยและยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP ตามขั้นตอนด้านล่าง

ได้รับ SMS และล็อกอิน

ตรวจสอบข้อมูลบัตรประชาชนกับ  
ฐานข้อมูลกรมการปกครอง

ถ่ายภาพใบหน้าคู่กับบัตรประชาชน

ยืนยันการทำประกันภัยและ  
ยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP

กดดูตัวอย่าง “เลขหลังบัตรประชาชน”

ศึกษาการกรอกเลขหลังบัตรประชาชน  
และกด “ย้อนกลับ”

กรอกเลขหลังบัตรประชาชน  
และกด “ต่อไป”

หมายเหตุ : กรณีกรอกเลขหลังบัตร  
ประชาชนผิดรูปแบบจะขึ้นคำเตือนให้  
กรอกใหม่ (error message)

# ขั้นตอนการยืนยันตัวตนด้วยตนเอง (eKYC)

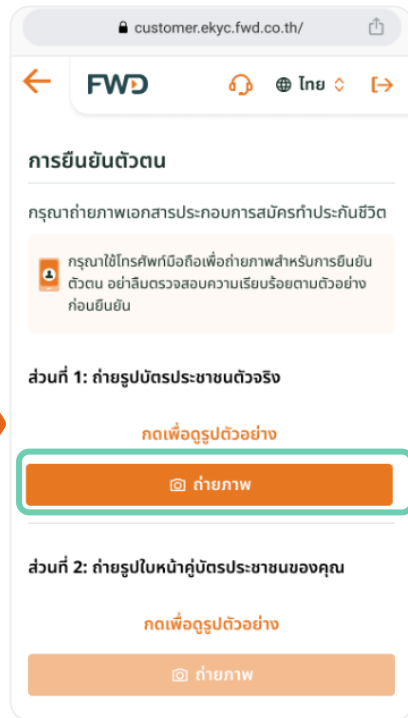
## ลูกค้าต้องยืนยันการทำประกันภัยและยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP ตามขั้นตอนด้านล่าง



ส่วนที่ 1 กดปุ่ม “กดเพื่อถ่ายรูปตัวอย่าง” เพื่อดูภาพตัวอย่างการถ่ายรูปบัตรประจำตัวประชาชนที่ถูกต้อง



หน้าจอแสดงภาพถ่ายตัวอย่างที่ถูกต้อง จากนั้น กดปุ่ม “ปิด”



ส่วนที่ 1 กดปุ่ม “ถ่ายภาพ”



ข้อความแสดงให้ถ่ายภาพบัตรประจำตัวประชาชน กดปุ่ม



ส่วนที่ 2 กดปุ่ม “กดเพื่อถ่ายรูปตัวอย่าง” เพื่อดูภาพตัวอย่างการถ่ายรูปใบหน้าที่ถูกต้อง

# ขั้นตอนการยืนยันตัวตนด้วยตนเอง (eKYC)

## ลูกค้าต้องยืนยันการทำประกันภัยและยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP ตามขั้นตอนด้านล่าง

ได้รับ SMS และลิ้งค์อิน

ตรวจสอบข้อมูลบัตรประชาชนกับ  
ฐานข้อมูลกรมการปกครอง

ถ่ายภาพใบหน้าคู่กับบัตรประชาชน

ยืนยันการทำประกันภัยและ  
ยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP



หน้าจอแสดงภาพถ่ายตัวอย่าง  
ที่ถูกต้อง จากนั้น กดปุ่ม “ปิด”



ส่วนที่ 2 กดปุ่ม “ถ่ายภาพ”



ข้อความแสดงให้ถ่ายภาพหน้าให้  
อยู่ในกรอบที่กำหนดไว้ กดปุ่ม



- ✓ ข้าพเจ้ายินยอมให้เอฟดับบลิวดี จัดเก็บ/ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ซึ่งปรากฏบนภาพถ่ายเอกสารแสดงตน และ/หรือภาพถ่ายของข้าพเจ้า เพื่อการยืนยันตัวตน และพิจารณารับประกันภัย หากคุณไม่ให้ความยินยอม เอฟดับบลิวดีจะไม่สามารถพิจารณารับประกันภัยได้ โปรดอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับ [นโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของเอฟดับบลิวดี](#)
- ✓ ข้าพเจ้ายินยอมความประสงค์การรับประกันภัย และได้ตรวจสอบข้อมูลสำเนาบัตรประชาชนเลขที่ 3861000001 ในใบคำขอเอาประกันภัยและเอกสารประกอบการขายว่าครบถ้วนถูกต้องแล้ว

ยืนยัน

ตรวจสอบความเรียบร้อยของภาพทั้งหมด และกดให้ ความยินยอมทั้งสองข้อ จากนั้น กดปุ่ม “ยืนยัน”

# ขั้นตอนการยืนยันตัวตนด้วยตนเอง (eKYC)

## ลูกค้าต้องยืนยันการทำประกันภัยและยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP ตามขั้นตอนด้านล่าง

ได้รับ SMS และลือคอิน

ตรวจสอบข้อมูลบัตรประชาชนกับ  
ฐานข้อมูลกรมการปกครอง

ถ่ายภาพใบหน้าคู่กับบัตรประชาชน

ยืนยันการทำประกันภัยและ  
ยืนยันตัวตนด้วยรหัส OTP

FWDLife 3m ago  
รหัส OTP : 123456 <Ref : FDGT>

**ยืนยันรหัส OTP**  
รหัส OTP จะถูกส่งทาง SMS ไปที่โทรศัพท์มือถือเบอร์  
xxx - xxx - 1234 ของคุณ

หมายเลขอ้างอิง : FDGT | รหัส OTP จะหมดอายุใน 60 วินาที

FDGT-

ไม่ได้รับข้อความ? [ขอรหัส OTP ใหม่อีกครั้ง](#)

**ยืนยัน**

หากต้องการเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์  
ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351  
เราพร้อมดูแลคุณทุกวัน 08.00 - 20.00 น.

กรอกรหัส OTP ที่ได้รับผ่าน SMS

customer.ekyc.fwd.co.th/

**FWD** ไทย

**ยืนยันรหัส OTP**  
รหัส OTP จะถูกส่งทาง SMS ไปที่โทรศัพท์มือถือเบอร์  
xxx - xxx - 1234 ของคุณ

หมายเลขอ้างอิง : FDGT | รหัส OTP จะหมดอายุใน 60 วินาที

FDGT-  1  2  3  4  5  6

ไม่ได้รับข้อความ? [ขอรหัส OTP ใหม่อีกครั้ง](#)

**ยืนยัน**

หากต้องการเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์  
ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351  
เราพร้อมดูแลคุณทุกวัน 08.00 - 20.00 น.

กดปุ่ม “ยืนยัน”

customer.ekyc.fwd.co.th/

**FWD** ไทย

**ทำรายการเสร็จแล้ว**

ขอบคุณสำหรับการให้ข้อมูลของคุณ  
คุณอาจได้รับการติดต่อโดยตรงจากเจ้าหน้าที่  
ของเอฟดับบลิวดี เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

**ปิด**

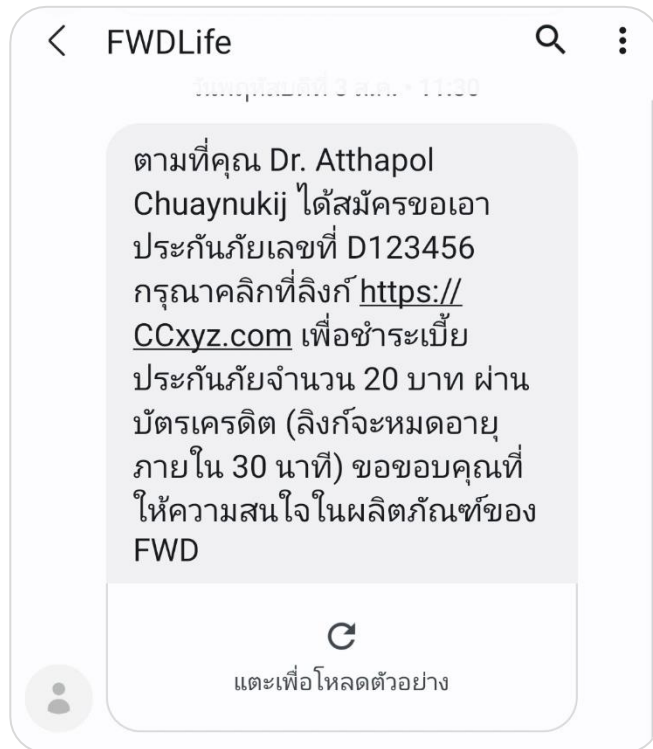
กดปุ่ม “ปิด” เมื่อทำรายการเสร็จ



# ชำระเงิน | บัตรเครดิต

บัตรเครดิต/บัตรเดบิต

หากลูกค้าเลือกชำระเบี้ยประกันภัยด้วยบัตรเครดิต (Credit Card) ก่อนที่ link ชำระเบี้ยประกันภัยจะถูกส่ง ระบบจะตรวจสอบลูกค้าผ่านการยืนยันตัวตนว่าสำเร็จหรือไม่ หากสำเร็จระบบจะส่ง link สำหรับชำระเบี้ยประกันภัยด้วยบัตรเครดิต



Link มีอายุการใช้งาน 30 นาทีเท่านั้น หาก Link หมดอายุ ผู้เสนอขายต้อง สร้างลิงก์เพื่อนำส่งให้ลูกค้าใหม่

# การชำระเงิน | ใบนำฝากผ่านธนาคารและจุดบริการต่างๆ

## (Bill payment via Bank or Counter Service)



**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**  
 เลขที่ 120-182 อาคารสินธรทาวเวอร์ 9 ชั้น 14, 16, 26 - 29  
 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
 ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร 1281 เลขโทรฉุกเฉินฟรี 0-2072-83000-014  
 fwd.co.th

**ใบรับเงินชั่วคราวงวดแรก**  
 เลขที่ BP PP-01-23-0034060

ใบนำฝาก เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารและจุดบริการต่างๆ (เฉพาะเงินสด)

<b>ร.ทหารไทยธนชาต</b> Com Code : 2950, Service Code: 0143 (ATM & Electronic)	ใส่เป็นเอกสารนำไปชำระเบี้ยประกันภัยได้ถึง 27/01/2566
<b>ร.ไทยพาณิชย์</b> Com Code : 0216 (ถนนวิภาวดี) (จตุจักร) <b>ธนาคารออมสิน</b> สาขาวิภาวดี (ไม่เกิน 49,000 บาท)	
<b>ร.กรุงเทพ (BR. 0142)</b> (Service Code : FWDLIFE) Com Code : 14230	SERVICE CODE: ..... ชื่อลูกค้า (Name) <b>นางสาว Mach ML</b> รหัสอ้างอิง 1 (Ref. No#1) <b>821033570</b> รหัสอ้างอิง 2 (Ref. No#2) <b>821033570</b>
<b>ร.กรุงไทย</b> Com Code : 6880 <b>ซูเปอร์มาร์เก็ตโลตัส</b> (ทั่วประเทศ ) (ไม่เกิน 30,000 บาท)	
<b>ร.ออมสิน</b> Com Code : FWDL <b>ชำระผ่านมือถือด้วยบริการ mPAY</b> (ไม่เกิน 30,000 บาท)	
<b>ร.กลีกรไทย</b> Com Code : 50026 <b>โลตัส</b> ทุกสาขาทั่วประเทศ (ไม่เกิน 49,000 บาท)	
<b>ร.กรุงศรีอยุธยา</b> Com Code : 47769 <b>AIS Sshop, Teletvix และจุดรับชำระเงินเอ็มเปย์ สแควร์</b> (ไม่เกิน 49,000 บาท)	
<b>ร.ซีไอเอ็มपीไทย</b> Com Code: FWD01, Service Code: FWD01	

สำหรับ  เบื้องงวดแรก

ชำระโดย  เงินสด ...100,000.....บาท

รวมจำนวนเงินที่ชำระทั้งสิ้น ...100,000.....บาท ( หนึ่งแสนบาทถ้วน )

**หมายเหตุ :**

- ใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้ จะมีผลบังคับใช้เมื่อลงนามโดยผู้รับเงิน หรือเจ้าหน้าที่ธนาคาร และมีตราประทับของธนาคาร
- จะต้องยื่นยื่นคำขอการพิมพ์แถบข้อมูล (Line printer) จากรบบของธนาคาร
- หากท่านไม่ได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยฉบับจริงภายใน 30 วัน กรุณาติดต่อบริษัท โดยทันที โทร. 1351
- ใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้ จะตกเป็นอันสิ้นสุดผลทันทีที่บริษัท ใต้ออกใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยไว้เป็นหลักฐานแล้ว หรือได้รับเงินคืน ใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้แล้ว หรือบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้

ผู้รับเงิน / เจ้าหน้าที่ธนาคาร

  
 (สำหรับลูกค้า)

1010756300030450 821033570 27012023 10000000

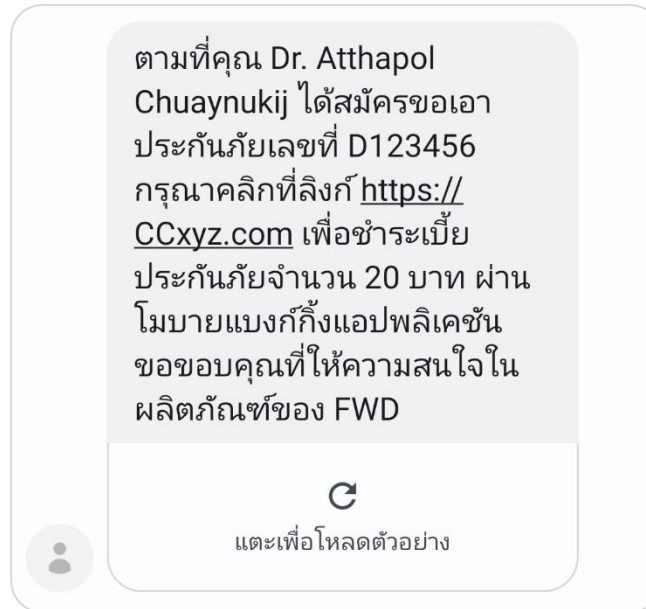
วิธีนี้จะไม่แตกต่างกับการขายแบบพบหน้า (F2F) คือ ลูกค้าจะทำการยื่นเอกสารต่อเนื่องจากส่งใบคำขอเข้าระบบ ระบบจะส่งเอกสาร submission ให้ลูกค้าทาง email

**หมายเหตุ :**  
 ผู้เสนอขาย **ไม่ควรรับเงินสดจากลูกค้า** และต้องแนะนำวิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิตผ่านธนาคารและจุดบริการต่างๆด้วยตัวลูกค้าเอง

# ชำระเงิน | โอนบายแบงก์กิ้ง (QR Code)



หากลูกค้าเลือกชำระเบี้ยประกันภัยด้วยโอนบายแบงก์กิ้ง (QR Code) ก่อนที่ link ชำระเบี้ยประกันภัยจะถูกส่ง ระบบจะตรวจสอบลูกค้าผ่านการยืนยันตัวตนว่าสำเร็จหรือไม่ หากสำเร็จระบบจะส่ง link สำหรับชำระเบี้ยประกันภัยด้วย QR Code โดย link ของ QR Code มีอายุ 1 เดือน



# ชำระเงิน | การนำส่ง Link ชำระเบี้ยประกันภัยใหม่

หากกรณีลูกค้าชำระเบี้ยฯ ไม่สำเร็จ เนื่องจาก link หมดอายุ หรือลูกค้าไม่ได้รับ link ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้เสนอขายสามารถ generate link ชำระเบี้ยประกันภัยให้ลูกค้าใหม่อีกครั้ง โดยไปที่เมนู “ข้อเสนอที่บันทึกไว้” จากนั้นเลือกกรรมธรรม์ที่ต้องการส่ง link ชำระเบี้ยประกันภัย และเลือกวิธีชำระเบี้ย และกดปุ่ม “ส่งการชำระเงินอีกครั้ง”


**ขอบคุณสำหรับการชำระเงินของคุณ**

ขั้นตอนต่อไป, ลิงค์การชำระเงินจะถูกส่งไปยัง สมร ศรีเมือง (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) ผ่านทาง +TH 0800833960 หรือ Jinjuta.w@fwd.com

เลขกรมธรรม์ R31000887	<b>เอฟดับบลิวดี ฟอร์ เพนชัน 85/55 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)</b>
ผู้ขอเอาประกันภัย สมร ศรีเมือง	จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ THB <b>182,960</b>
ผู้ชำระเงิน สมร ศรีเมือง	จำนวนเงินเอาประกันภัย THB <b>1,000,000</b>
	งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี

**ชวนลูกค้าดาวน์โหลด Omne by FWD**

- ฟังเพลง เล่นเกม เช็กสุขภาพ จัดการกรมธรรม์ ที่เดียวครบ
- เช็กกรมธรรม์ออนไลน์ วันครบกำหนดชำระ ชื่นชมพร้อมติดตามสถานะ ได้ทุกที่ทุกเวลา



ส่งการชำระเงินอีกครั้ง

ข้อเสนอที่บันทึกไว้

Filtered results: Application(3)

ผู้ขอเอาประกันภัย	ชื่อข้อเสนอ	ผลิตภัณฑ์	สถานะ	วงเงินประกันชีวิต (บาท)	เบี้ยประกันภัยรายงวด (บาท)	วันที่อันลัตสุด
เอสมิต เทส	FWD for Saving 25/15 2024-02-07_1517	FWD for Saving 25/15	DF2F-รายการยืนยันตัวตน (eKYC)	1,000,000	94,960 / รายปี	07/02/2567
สมร	คุณสมร	Whole Life 90/20 (Non Par)	Application	5,922,769	118,086 / รายปี	22/01/2567
สมร ศรีเมือง	FWD for Pension 85/55 2024-01-22_1621	FWD for Pension 85/55	DF2F-รายการยืนยันตัวตน (eKYC)	1,000,000	182,960 / รายปี	22/01/2567

# หน้าจอสรุปการซื้อแบบประกันภัยสำเร็จ


**ขอบคุณสำหรับการชำระเงินของคุณ**

ขั้นตอนต่อไป, ลิงค์การชำระเงินจะถูกส่งไปยัง สมร ศรีเมือง (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) ผ่านทาง +TH 0800833960 หรือ Jinjuta.w@fwd.com

เลขกรมธรรม์ R31000887	<b>เอฟดับบลิวดี พอร์ เพนชัน 85/55 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)</b>
ผู้อุฒาประกันภัย สมร ศรีเมือง	จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ THB <b>182,960</b>
ผู้ชำระเงิน สมร ศรีเมือง	จำนวนเงินเอาประกันภัย THB <b>1,000,000</b>
	งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี

**ชวนลูกค้าดาวน์โหลดฟรี Omne by FWD**

- ฟังเพลง เล่นเกม เช็กสุขภาพ จัดการกรมธรรม์ ที่เดียวครบ
- เช็กกรมธรรม์ออนไลน์ วันครบกำหนดชำระ ยินเคลมพร้อมติดตามสถานะ ได้ทุกที่ทุกเวลา



ส่งใบสมัคร

**เอกสารใบสมัครส่งเข้าระบบ “สำเร็จ”**

**ส่ง**

หมายเลขใบสมัคร R31000887

**กลับไปหน้าแรก**

**เอกสารใบสมัครส่งเข้าระบบ “ไม่สำเร็จ”**

**การส่งไม่สำเร็จ**

ขออภัย มีปัญหาในการส่งใบสมัครของคุณ  
(Ref:2dd06960-bf91-4eb8-b063-e7980e7c688b)

โปรดลองส่งอีกครั้งโดยคลิกปุ่มลองอีกครั้ง

**กลับไปหน้าแรก** **ลองอีกครั้ง**

เมื่อตรวจสอบรายการถูกต้องเรียบร้อยแล้ว คลิกที่ปุ่ม “ส่งใบสมัคร”

Thank  
you



Celebrate living  
[fwd.co.th](http://fwd.co.th)