



คปท.

สำนักงานคณะกรรมการการค้ากับและส่งเสริม
การประกอบธุรกิจระหว่างประเทศ(คปท.)

คำสั่งนายทะเบียน

ที่ ๒ / ๒๕๖๕

เรื่อง หลักเกณฑ์การให้ความเห็นชอบแบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต
ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม และใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย แบบมาตรฐาน

.....

เพื่อให้ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม และใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. ๒๕๓๕ นายทะเบียนจึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ คำสั่งนี้เรียกว่า “คำสั่งนายทะเบียน ที่ ๒ / ๒๕๖๕ เรื่อง หลักเกณฑ์การให้ความเห็นชอบแบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม และใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย แบบมาตรฐาน ”

ข้อ ๒ คำสั่งนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคำสั่งนายทะเบียนที่ ๕๐/๒๕๕๓ เรื่อง การขอรับความเห็นชอบแบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

ข้อ ๔ ให้แบบและข้อความตามใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม และใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ที่บริษัทได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียนก่อนวันที่คำสั่งนี้มีผลใช้บังคับ ยังคงใช้บังคับได้ต่อไป ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

(๑) ให้แก้ไขเพิ่มเติมเฉพาะข้อความในส่วนดังต่อไปนี้

(ก) ลดคำถามเกี่ยวกับเชื้อชาติและศาสนา

(ข) ลดคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยนั้น หรือใช้ข้อความตามคำถามที่ได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียน โดยให้ระบุคำถามเฉพาะชื่อโรคแต่ไม่ระบุตัวบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น หรือใช้ข้อความคำถามเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิต ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕

(ค) การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติทางการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย ในใบคำขอเอาประกันภัยนั้น ให้ใช้ข้อความเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิต ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕

(ง) ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม ในใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยนั้น ให้ใช้ข้อความ เช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕

(จ) แก้ไขเพิ่มเติมข้อความก่อนช่องลงลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัย ท้ายใบคำขอเอาประกันภัยหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยนั้น โดยใช้ข้อความว่า “ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความ ในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้” เช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕

(ฉ) เพิ่มเติมข้อความเกี่ยวกับสิทธิในการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยในใบคำขอเอาประกันชีวิตนั้น โดยใช้ข้อความเช่นเดียวกับคำเตือนข้อ ๕ ในใบคำขอเอาประกันชีวิต ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕

(๒) ให้แก้ไขเพิ่มเติมแบบและข้อความตามใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตาม (๑) ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๕ ให้ใช้แบบและข้อความตามใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม และใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย แบบมาตรฐาน ดังต่อไปนี้ ตามแบบที่แนบท้ายคำสั่งนี้

- (๑) ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)
- (๒) ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)
- (๓) ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)
- (๔) ใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้อ ๖ ในกรณีที่บริษัทประสงค์จะยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หากมีแบบและข้อความเป็นไปตามใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ ให้ถือว่าใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยนั้นได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียนนับแต่วันที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยได้รับเรื่องขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยนั้นครบถ้วนถูกต้องและชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว

ในการยื่นขอรับความเห็นชอบ ให้บริษัทยื่นเอกสารดังต่อไปนี้

(๑) แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(๒) หนังสือรับรองของบริษัทระบุว่า แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ที่บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบมีแบบและข้อความเป็นไปตามใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ที่กำหนดไว้ในข้อ ๕

(๓) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมของแบบและข้อความ

ข้อ ๗ ในกรณีที่บริษัทประสงค์จะยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ที่มีแบบและข้อความแตกต่างไปจากใบคำขอเอาประกันชีวิตที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ เฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้ให้ถือว่าใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยนั้นได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียนนับแต่วันที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยได้รับเรื่องขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยนั้นครบถ้วนถูกต้องและชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว

(๑) ใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่มีข้อความเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ แต่แตกต่างเฉพาะแบบเพื่อพิมพ์ตามทางธุรกิจ

(๒) ใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่มีข้อความคำถามเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ แต่ลดคำถามลง หรือลดจำนวนเดือนหรือปี หรือลดจำนวนโรคหรืออาการในคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย บุคคลในครอบครัว หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(๓) ใบคำขอเอาประกันชีวิตที่มีข้อความคำถามเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิตตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ แต่เพิ่มข้อความคำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเช่นเดียวกับใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ (๔)

ในการยื่นขอรับความเห็นชอบ ให้บริษัทยื่นเอกสารดังต่อไปนี้

(๑) แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(๒) หนังสือรับรองของบริษัทระบุว่า แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรมหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ที่บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบมีข้อความเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ แต่แตกต่างเฉพาะกรณีหนึ่งกรณีใด ดังต่อไปนี้

(ก) แบบเพื่อพิมพ์ตามทางธุรกิจ

(ข) ลดคำถามลง หรือลดจำนวนเดือนหรือปี หรือลดจำนวนโรคหรืออาการในคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย บุคคลในครอบครัว หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ค) เพิ่มคำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเช่นเดียวกับใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ (๔)

(๓) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมของแบบและข้อความ

ข้อ ๘ ในกรณีที่บริษัทประสงค์จะยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่มีแบบและข้อความแตกต่างไปจากใบคำขอเอาประกันชีวิตที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ ให้บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบต่อนายทะเบียน และเมื่อนายทะเบียนให้ความเห็นชอบแล้ว บริษัทจึงนำออกใช้ได้

ในการยื่นขอรับความเห็นชอบ ให้บริษัทยื่นเอกสารดังต่อไปนี้

(๑) แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม หรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(๒) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมของแบบและข้อความ

ทั้งนี้ ในกรณีที่มีการกำหนดโรคหรืออาการในคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรค

ของผู้ขอเอาประกันภัย บุคคลในครอบครัว หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย แตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตหรือใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามข้อ ๕ ให้บริษัทชี้แจงเหตุผลประกอบในการยื่นขอรับความเห็นชอบด้วย

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายสุทธิพล ทวีชัยการ)

เลขาธิการ

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

นายทะเบียน

เอกสารแนบท้ายคำสั่งนายทะเบียน

๑. ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)
๒. ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)
๓. ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)
๔. ใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

ชื่อบริษัท.....
 ที่ตั้งทำการ.....
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภท.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

ชื่อตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิตผู้บริหาร/นายหน้าประกันชีวิต.....ใบอนุญาตเลขที่
 รหัสตัวแทนประกันชีวิต ชื่อหน่วย รหัสหน่วย สาขาช่องทางการจัดจำหน่าย.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
 การสมัครทำประกันชีวิตแบบ
 แบบไม่ตรวจสุขภาพ
 แบบตรวจสุขภาพ

.....
 ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท

ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

๑. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัยชื่อและนามสกุลเดิม

ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ)

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า ๑ สัญชาติ กรุณาระบุ))

อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เกิดที่ประเทศ

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ นามสกุล

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ

๒. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
 ชื่อสถานที่ทำงาน อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
 ประเทศ..... โทรศัพท์ อีเมล.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
 แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
 แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ)

๖. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท

ชำระเป็น เงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา.....

เช็ค

หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....

ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร / เคาน์เตอร์เซอร์วิส / เอ ที เอ็ม

บัตรเครดิต..... ชนิด..... ออกโดย..... หมายเลขบัตรเครดิต..... วันที่บัตรหมดอายุ.....

(โดยข้าพเจ้า ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข..... ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)..... เป็นราย..... จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้)

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุล..... อายุ ปี ความสัมพันธ์

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

อาชีพ รายได้ต่อปี บาท

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ

ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัย เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่อื่น โปรดระบุ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

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

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

๗. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

๘. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ ๑๕

๙. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืน
 สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ ๑๕

๑๐. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

- ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ
- เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี
- เลิกเสพเมื่อ

๑๑. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๑๒. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

- ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์
 ดื่มมานาน ปี
- เลิกดื่ม เมื่อ

๑๓. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี
- เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๑๔. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

- ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
- โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

๑๕. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

**ส่วนที่ ๒ การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาล
 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอา
 ประกันภัย**

๑. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
--	--------------------------------	--

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ไม่เป็น
- เป็น
- เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็น
 โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี

<p>ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย ๑๘๓ วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)</p>	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
---	--------------------------------	-----------------------------

๒. คำรับรอง

- (๑) ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๒) ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๓) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (๔) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา ๓๐ วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (๕) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ ๓ ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ ๔ ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ๑. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ๒. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ๓. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ๔. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ๕. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่าเป็นบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- ๖. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (๑) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (๒) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (๓) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริม

ธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่ง
สำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ
สำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]

(๔) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม
ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ บริษัท
และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึง
วัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ ๕ คำเตือน

๑. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์
ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
๒. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
๓. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านทางโทรศัพท์ และ/หรือผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการ
บันทึกเสียง และ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกัน
ชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่าน
จะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง **(ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายช่องทางโทรศัพท์ / อิเล็กทรอนิกส์)**
๔. สำหรับช่องทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มิต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต **(ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขาย
ช่องทางโทรศัพท์ / อิเล็กทรอนิกส์)**
๕. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายใน
ระยะเวลา.....วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทาง
อิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพ
ตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ ๕๐๐ บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทาง
อิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้
แล้วเสร็จภายใน.....วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิ
เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและ
สำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ ข้อความที่เป็นตัวเอียงเป็นข้อความที่บริษัทเลือกระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้ โดยต้องขอรับความเห็นชอบแบบและ
ข้อความดังกล่าวต่อนายทะเบียน

ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

ชื่อบริษัท.....
 ที่ตั้งทำการ.....
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภท.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

ชื่อตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิตผู้บริหาร/นายหน้าประกันชีวิต.....ใบอนุญาตเลขที่
 รหัสตัวแทนประกันชีวิต ชื่อหน่วย รหัสหน่วย สาขาช่องทางการจัดจำหน่าย.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
 การสมัครทำประกันชีวิตแบบ
 แบบไม่ตรวจสุขภาพ
 แบบตรวจสุขภาพ

.....
 ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท

ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

๑. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัยชื่อและนามสกุลเดิม

ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ)

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า ๑ สัญชาติ กรุณาระบุ))

อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เกิดที่ประเทศ

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

ภรรยา/สามี ชื่อ นามสกุล

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ

๒. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ทำงาน อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

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

ประเทศ..... โทรศัพท์ อีเมล.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ)

๓. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
 ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

๔. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัยที่ต้องการ โดยรายละเอียดมีดังนี้
 ชื่อแบบสัญญาประกันภัย..... ระยะเวลาเอาประกันภัย..... ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย..... ปี
 ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย ๖ เดือน ราย ๓ เดือน รายเดือน ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต		
สัญญาเพิ่มเติม		
เบี้ยประกันภัยรวม		

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนตามกรมธรรม์ประกันภัย เลือก

เช็คขีดคร่อม โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา
 ขอรับเป็นเงินสด นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินครบกำหนดสัญญา/เงินค่าสินไหมทดแทน (ยกเว้นกรณีสินไหมมรณกรรม) /เงินอื่น เลือก

เช็คขีดคร่อม โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา
 ขอรับเป็นเงินสด

หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น ให้ถือว่าประสงค์จะให้โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามข้อ ๕.

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- (๑) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- (๒) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

๕. คำถามในข้อนี้ ใช้ในกรณีบริษัทให้เลือกโอนผ่านบัญชีพร้อมเพย์หรือบัญชีธนาคาร และบริษัทสามารถปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการรับเงิน การจ่ายเงิน การตรวจสอบ และการควบคุมภายในของบริษัทประกันชีวิต แต่หากให้โอนเข้าบัญชีธนาคารกรณีเดียวไม่ต้องถามคำถามนี้ ให้ไปใช้ตามคำถามในข้อ ๔.

(กรณีขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ประสงค์ให้โอนเข้าบัญชีธนาคาร เป็น (กรุณาเลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

บัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยตามที่ระบุในข้อ ๑. หรือบัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามที่ระบุในข้อ ๖. กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์

บัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- (๑) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- (๒) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อม ให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- (๓) ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าแจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของบัญชีพร้อมเพย์

๖. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท

ชำระเป็น เงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา.....

เช็ค

หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....

ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร / เคาน์เตอร์เซอร์วิส / เอ ที เอ็ม

บัตรเครดิต..... ชนิด..... ออกโดย..... หมายเลขบัตรเครดิต..... วันที่บัตรหมดอายุ.....

(โดยข้าพเจ้า ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข..... ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)..... เป็นราย..... จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้)

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุล..... อายุ ปี ความสัมพันธ์

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

อาชีพ รายได้ต่อปี บาท

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ

ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัย เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่อื่น โปรดระบุ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน

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

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

๗. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

๘. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ ๑๙

๙. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืน
สู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ ๑๙

๑๐. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

เลิกเสพเมื่อ

๑๑. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๑๒. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์
ดื่มมานาน ปี

เลิกดื่ม เมื่อ

๑๓. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๑๔. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

• ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

๑๕. คำถามเฉพาะผู้เยาว์อายุน้อยกว่า ๒ ปีเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

• ผู้เยาว์คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดก่อนมีอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ อายุครรภ์..... สัปดาห์
น้ำหนักแรกเกิด กรัม ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอด.....วัน

• ผู้เยาว์ได้รับการรักษาความผิดปกติแต่กำเนิดหรือภาวะสุขภาพแรกเกิดผิดปกติหลังคลอด หรือมีการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการช้า หรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่

ถ้า ใช่ระบุรายละเอียด.....

• ผู้เยาว์เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะพร่องเอนไซม์ GbPD หรือไม่ ไม่เป็น เป็น

ส่วนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๖. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น
โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต
โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๗. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

ใช่ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด.....

๑๘. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

๑๙. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

ส่วนที่ ๔ การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

๑. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ		
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย ๑๘๓ วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

๒. คำรับรอง

- (๑) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๒) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๓) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (๔) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา ๓๐ วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (๕) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ ๕ ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ ๖ ข้อความยินยอมยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

๑. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๒. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
๓. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๔. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
๕. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
๖. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (๑) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (๒) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (๓) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - (๔) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ ๗ คำเตือน

๑. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
๒. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
๓. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านทางโทรศัพท์ และ/หรือผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียง และ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้ท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางกรายขายช่องทางโทรศัพท์ /อิเล็กทรอนิกส์)

๔. สำหรับช่องทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายช่องทางโทรศัพท์ / อิเล็กทรอนิกส์)

๕. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา.....วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ ๕๐๐ บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน.....วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

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

(ลงชื่อ).....
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ ข้อความที่เป็นตัวเอียงเป็นข้อความที่บริษัทเลือกระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้ โดยต้องขอรับความเห็นชอบแบบและข้อความดังกล่าวต่อนายทะเบียน

ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญหรืออุตสาหกรรม (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

ชื่อบริษัท.....
 ที่ตั้งทำการ.....
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภท.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

ชื่อตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิตผู้บริหาร/นายหน้าประกันชีวิต.....ใบอนุญาตเลขที่
 รหัสตัวแทนประกันชีวิต ชื่อหน่วย รหัสหน่วย สาขาช่องทางการจัดจำหน่าย.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
 การสมัครทำประกันชีวิตแบบ
 แบบไม่ตรวจสุขภาพ
 แบบตรวจสุขภาพ

.....
 ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท

ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

๑. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัยชื่อและนามสกุลเดิม

ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ)

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า ๑ สัญชาติ กรุณาระบุ))

อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เกิดที่ประเทศ

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

ภรรยา/สามี ชื่อนามสกุล

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ

๒. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
 ชื่อสถานที่ทำงาน อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
 ประเทศ..... โทรศัพท์ อีเมล.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
 แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
 แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ)

๓. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
 ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

๔. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัยที่ต้องการ โดยรายละเอียดมีดังนี้
 ชื่อแบบสัญญาประกันภัย..... ระยะเวลาเอาประกันภัย..... ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย..... ปี
 ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย ๖ เดือน ราย ๓ เดือน รายเดือน ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต		
สัญญาเพิ่มเติม		
เบี้ยประกันภัยรวม		

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย เลือก
 เช็กขีดคร่อม โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา
 ขอรับเป็นเงินสด นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม
 ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินครบกำหนดสัญญา/เงินค่าสินไหมทดแทน (ยกเว้นกรณีสินไหมมรดกกรม) /เงินอื่น เลือก
 เช็กขีดคร่อม โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา
 ขอรับเป็นเงินสด

หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น ให้ถือว่าประสงค์จะให้โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามข้อ ๕.

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- (๑) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- (๒) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

๕. คำถามในข้อนี้ ใช้ในกรณีบริษัทให้เลือกโอนผ่านบัญชีพร้อมเพย์หรือบัญชีธนาคาร และบริษัทสามารถปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการรับเงิน การจ่ายเงิน การตรวจสอบ และการควบคุมภายในของบริษัทประกันชีวิต แต่หากให้โอนเข้าบัญชีธนาคารกรณีเดียวไม่ต้องถามคำถามนี้ ให้ไปใช้ตามคำถามในข้อ ๔.

(กรณีขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ประสงค์ให้โอนเข้าบัญชีธนาคาร เป็น (กรุณาเลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

- บัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยตามที่ระบุในข้อ ๑. หรือบัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามที่ระบุในข้อ ๒. กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์
- บัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- (๑) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- (๒) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อม ให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- (๓) ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าแจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของบัญชีพร้อมเพย์)

๖. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท

ชำระเป็น เงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา.....

เช็ค

หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....

ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร / เคาน์เตอร์เซอร์วิส / เอ ที เอ็ม

บัตรเครดิต..... ชนิด..... ออกโดย..... หมายเลขบัตรเครดิต..... วันที่บัตรหมดอายุ.....

(โดยข้าพเจ้า ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข..... ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)..... เป็นราย..... จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้)

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุล..... อายุ ปี ความสัมพันธ์

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

อาชีพ รายได้ต่อปี บาท

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ

ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัย เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ผู้ขอเอาประกันภัย ที่อยู่อื่น โปรดระบุ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

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

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

๗. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

๘. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ ๒๑

๙. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืน
สู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ ๒๑

๑๐. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

เลิกเสพเมื่อ

๑๑. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๑๒. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์
ดื่มมานาน ปี

เลิกดื่ม เมื่อ

๑๓. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๑๔. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

● ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

๑๕. คำถามเฉพาะผู้เยาว์อายุน้อยกว่า ๒ ปี เป็นผู้ขอเอาประกันภัย

● ผู้เยาว์คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดก่อนมีอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ อายุครรภ์..... สัปดาห์
น้ำหนักแรกเกิด กรัม ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอด..... วัน

● ผู้เยาว์ได้รับการรักษาความผิดปกติแต่กำเนิดหรือภาวะสุขภาพแรกเกิดผิดปกติหลังคลอด หรือมีการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการช้า หรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่

ถ้า ใช่ระบุรายละเอียด.....

● ผู้เยาว์เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD หรือไม่ ไม่เป็น เป็น

ส่วนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของคุณในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๖. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น
โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออา การป่วยทางจิต
โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเทิลลิสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๗. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ
หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI)
การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือ
พิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

๑๘. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า ๑ ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคตอม่านน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหีน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคคามโรค (ภายใน ๒ ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิตเวช
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม
<input type="checkbox"/> โรคไขข้อในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง
<input type="checkbox"/> โรคเม็ดเลือดแดงผิดปกติ	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธสมอง	<input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต	<input type="checkbox"/> โรคต่อกระฉก
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/> โรคนี้	<input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> โรคไข้รูมาติก	<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

๑๙. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย /มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> จำเลือด	<input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> การพูดผิดปกติ
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะภูมิโปรตีนบนโนปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือ มีน้ำตาลในปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	
คำถามเฉพาะสตรี			
<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์เดือน	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือ ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทาง ช่องคลอด	<input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมี ประจำเดือน
<input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ			

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

๒๐. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ถูกรังสี	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> โรคประสาทหูเสื่อม
<input type="checkbox"/> ไชน์ส้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ฝีคัณฑสูตร	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกบีบรัด	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> ออทิสติก	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก
<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง			

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

๒๑. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๔ การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

๑. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ		
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย ๑๘๓ วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

๒. คำรับรอง

- (๑) ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๒) ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๓) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (๔) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา ๓๐ วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (๕) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ ๕ ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ ๖ ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

๑. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๒. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
๓. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๔. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
๕. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่าเป็นบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
๖. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (๑) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (๒) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (๓) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]

(๔) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึง วัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ ๗ คำเตือน

๑. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
๒. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
๓. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านทางโทรศัพท์ และ/หรือผ่าน ช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียง และ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง **(ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายช่องทางโทรศัพท์ / อิเล็กทรอนิกส์)**
๔. สำหรับช่องทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มิต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต **(ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายช่องทางโทรศัพท์ / อิเล็กทรอนิกส์)**
๕. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา.....วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทรอบละ ๕๐๐ บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน.....วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ ข้อความที่เป็นตัวเอียงเป็นข้อความที่บริษัทเลือกระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้ โดยต้องขอรับความเห็นชอบแบบและข้อความดังกล่าวต่อนายทะเบียน

ใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อบริษัท..... ที่ตั้งทำการ.....		
คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕		
ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่		
ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย		
๑. ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ภาษาอังกฤษ) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง สัญชาติ (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า ๑ สัญชาติ กรุณาระบุ) อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เกิดที่ประเทศ สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ภรรยา/สามี ชื่อ นามสกุล เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (Passport) <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ		
๒. ที่อยู่และที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล..... ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล..... ที่อยู่สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อสถานที่ทำงาน อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ประเทศ..... โทรศัพท์ อีเมล..... สถานที่สะดวกในการติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย		
๓. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่		
๔. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืน สู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด		
บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ ๑๔

๕. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

- ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ
- เสพ/เคยเสพ โพรตระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี
- เลิกเสพเมื่อ

๖. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๗. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

- ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โพรตระบุชนิด.....ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
- เลิกดื่ม เมื่อ

๘. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โพรตระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี
- เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๙. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

- ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
- โพรตระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

๑๐. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่ ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

๑๑. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

- ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

๑๒. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า ๑ ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหีน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน ๒ ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิตเวช
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ตาวัวชินโดรม

<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง
<input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธสมอง	<input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต	<input type="checkbox"/> โรคต่อกระดูก
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> โรคไขข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

๑๓. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย /มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> จ้ำเลือด	<input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> การพูดผิดปกติ
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือ มีน้ำตาลในปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	
คำถามเฉพาะสตรี			
<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์เดือน	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือ ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทาง ช่องคลอด	<input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมี ประจำเดือน
<input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ			

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

๑๔. สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๔ ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

๓. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ-บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๔. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
๕. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
๖. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- (๑) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (๒) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (๓) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [โปรดใส่ link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
- (๔) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ส่วนที่ ๕ คำเตือน

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน

หมายเหตุ ข้อความที่เป็นตัวเอียงเป็นข้อความที่บริษัทเลือกระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยหรือไม่ก็ได้ โดยต้องขอรับความเห็นชอบแบบและข้อความดังกล่าวต่อนายทะเบียน