



ค.ป.ก.

สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งและส่งเสริม
การระดมทุนจากรัฐวิสาหกิจ (ค.ป.ก.)

คำสั่งนายทะเบียน

ที่ ๒๒ / ๒๕๖๕

เรื่อง หลักเกณฑ์การให้ความเห็นชอบแบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย
สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน

.....

เพื่อให้ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ มีมาตรฐานเดียวกัน และเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. ๒๕๓๕ นายทะเบียนจึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ คำสั่งนี้เรียกว่า “คำสั่งนายทะเบียน ที่ ๒๒ / ๒๕๖๕ เรื่อง หลักเกณฑ์การให้ความเห็นชอบแบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน”

ข้อ ๒ คำสั่งนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามแบบที่แนบท้ายคำสั่งนี้

(๑) ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

(๒) ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

(๓) ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดบุคคล)

(๔) ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดบุคคล) (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

(๕) ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดบุคคล) (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

ข้อ ๔ ในกรณีที่บริษัทประสงค์จะยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ หากมีแบบและข้อความเป็นไปตามใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ ให้ถือว่าใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่มนั้นได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียนนับแต่วันที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยได้รับเรื่องขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันชีวิตนั้นครบถ้วนถูกต้องและชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว

ในการยื่นขอรับความเห็นชอบ ให้บริษัทยื่นเอกสารดังต่อไปนี้

(๑) แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ

(๒) หนังสือรับรองของบริษัทระบุว่า แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ ที่บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบมีแบบและข้อความเป็นไปตามใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓

(๓) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมของแบบและข้อความ

ข้อ ๕ ในกรณีที่บริษัทประสงค์จะยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ ที่มีแบบและข้อความแตกต่างไปจากใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ เฉพาะในกรณีหนึ่งกรณีใดดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่มนั้นได้รับความเห็นชอบจากนายทะเบียนนับแต่วันที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยได้รับเรื่องขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่มนั้นครบถ้วนถูกต้องและชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว

(๑) ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ ที่มีข้อความเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ แต่แตกต่างเฉพาะแบบเพื่อพิมพ์ตามทางธุรกิจ

(๒) ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ ที่มีข้อความคำถามเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ แต่ลดคำถามลง หรือลดจำนวนเดือนหรือปี หรือลดจำนวนโรคหรืออาการในคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ถูกขอเอาประกันภัย หรือบุคคลในครอบครัว

(๓) ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ตะกาฟูล) ที่มีข้อความคำถามเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ แต่ปรับข้อความให้ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม

ในการยื่นขอรับความเห็นชอบ ให้บริษัทยื่นเอกสารดังต่อไปนี้

(๑) แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ

(๒) หนังสือรับรองของบริษัทระบุว่า แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ ที่บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบมีข้อความเช่นเดียวกับใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ แต่แตกต่างเฉพาะกรณีหนึ่งกรณีใด ดังต่อไปนี้

(ก) แบบเพื่อพิมพ์ตามทางธุรกิจ

(ข) ลดคำถามลง หรือลดจำนวนเดือนหรือปี หรือลดจำนวนโรคหรืออาการในคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ถูกขอเอาประกันภัย หรือบุคคลในครอบครัว

(ค) หนังสือรับรองของบริษัทระบุว่า แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ตะกาฟูล) ที่บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบ ข้อความถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม โดยมีคณะกรรมการชารีอะห์เป็นผู้ลงนามรับรอง

(๓) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมของแบบและข้อความ

ข้อ ๖ ในกรณีที่บริษัทประสงค์จะยื่นขอรับความเห็นชอบใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ ที่มีแบบและข้อความแตกต่างไปจากใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ และไม่เป็นไปตามข้อ ๕ ให้บริษัทยื่นขอรับความเห็นชอบต่อนายทะเบียน และเมื่อนายทะเบียนให้ความเห็นชอบแล้ว บริษัทจึงนำออกใช้ได้

ในการยื่นขอรับความเห็นชอบ ให้บริษัทยื่นเอกสารดังต่อไปนี้

(๑) แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ

(๒) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าธรรมเนียมของแบบและข้อความ

ทั้งนี้ ในกรณีที่มีการกำหนดโรคหรืออาการในคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ถูกขอเอาประกันภัย หรือบุคคลในครอบครัว แตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ แบบมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ และไม่เป็นไปตามข้อ ๕ ให้บริษัทชี้แจงเหตุผลประกอบในการยื่นขอรับความเห็นชอบด้วย

สั่ง ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายสุทธิพล ทวีชัยการ)

เลขาธิการ

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

นายทะเบียน

เอกสารแนบท้ายคำสั่งนายทะเบียน

๑. ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)
๒. ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)
๓. ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (นิติบุคคล)
๔. ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (นิติบุคคล) (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)
๕. ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (นิติบุคคล) (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม
แบบคุ้มครองเงินเชื่อ
(ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

ชื่อบริษัท.....
ที่ตั้งทำการ.....
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท
.....
.....

ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

๑. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
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 อื่นๆ 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 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ)

๓. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท

๔. รายละเอียดสินเชื่อ

เช่น เลขที่บัญชีเงินกู้ / บัญชีสินเชื่อ / ประเภทวงเงินสินเชื่อ / วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ / หนี้สินคงเหลือ / ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ (ปี) / วันที่อนุมัติสินเชื่อ / อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ (%)/ ผู้กู้ร่วม และอื่นๆ ตามความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการทำสัญญาประกันภัย

๕. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย..... ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว รายปี ราย ๖ เดือน ราย ๓ เดือน รายเดือน

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

๖. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ บาท
 ชำระเป็น

- เงินสด
- โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา.....
- เช็ค
- หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....
- บัตรเครดิต ชนิด..... ออกโดย..... หมายเลขบัตรเครดิต..... วันที่บัตรหมดอายุ.....
 (โดยผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข..... ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย
 (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)..... เป็นราย..... จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์
 อักษรให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต
 หมายเลขดังกล่าวได้)
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น
 สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

๗. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย
 ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่ง
 ผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

๘. ผู้ขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบ คุ้มครองเงินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มเติมในส่วนที่ ๘

๙. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มเติมในส่วนที่ ๙

๑๐. ผู้ขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

เลิกเสพเมื่อ

๑๑. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๑๒. ผู้ขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

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

เลิกดื่ม เมื่อ

๑๓. ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบ/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๑๔. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ขอเอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๕. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้ขอเอาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น

.....

ส่วนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๖. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

ใช่ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด.....

๑๗. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยบาดเจ็บ 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)

ส่วนที่ ๔ สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

ส่วนที่ ๕ การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือนในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

๑. การรับรองสถานะ

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

๒. คำรับรอง

(๑) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(๒) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(๓) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(๔) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา ๓๐ วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(๕) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ ๖ ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ ๗ ข้อความยินยอมยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

๑. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๒. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่าน มา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
๓. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้า ประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๔. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้ บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัย
๕. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของ ผู้ขอเอา ประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [\[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท\]](#) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
๖. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (๑) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ ผู้ขอเอา ประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (๒) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บ รวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (๓) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [\[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท\]](#) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและ ส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (๔) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถ เก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
๗. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอา ประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคง ค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอา ประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็น

ข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

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

ส่วนที่ ๘ คำเตือน

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับผู้เอาประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
5. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา.....วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ ๕๐๐ บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน.....วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

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

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

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

หมายเหตุ คำว่า ผู้ขอเอาประกันภัย บริษัทอาจใช้คำอื่นแทนได้ เช่น สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย เป็นต้น

ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม
แบบคุ้มครองเงินเชื่อ
(ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

ชื่อบริษัท.....
ที่ตั้งทำการ.....
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

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 อื่นๆ 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 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ)

๓. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท

๔. รายละเอียดสินเชื่

เช่น เลขที่บัญชีเงินกู้ / บัญชีสินเชื่อ / ประเภทวงเงินสินเชื่อ / วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ / หนี้สินคงเหลือ / ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ (ปี) / วันที่อนุมัติสินเชื่อ / อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ (%)/ ผู้กู้ร่วม และอื่นๆ ตามความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการทำสัญญาประกันภัย

๕. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย..... ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว รายปี ราย ๖ เดือน ราย ๓ เดือน รายเดือน

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

๖. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ บาท
 ชำระเป็น

- เงินสด
- โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา.....
- เช็ค
- หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....
- บัตรเครดิต ชนิด..... ออกโดย..... หมายเลขบัตรเครดิต..... วันที่บัตรหมดอายุ.....
 (โดยผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข.....ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย).....เป็นราย.....จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้)
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

๗. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

๘. ผู้ขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบ คุ้มครองเงินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มเติมในส่วนที่ ๘

๙. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มเติมในส่วนที่ ๙

๑๐. ผู้ขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

เลิกเสพเมื่อ

๑๑. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๑๒. ผู้ขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

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

เลิกดื่ม เมื่อ

๑๓. ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๑๔. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้อยู่เอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๕. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้ขอเอาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวผู้อยู่เอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น

.....

ส่วนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

๑๖. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยบาดเจ็บ 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)

๑๗. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย 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"/> พิกการทางร่างกาย
<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"/> โรคซิมเพล็กซ์
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม
<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง	<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"/> โรคนิ้ว	<input type="checkbox"/> โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> โรคไข้รูมาติก	<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)		

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

๑๘. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมี 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"/> ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ

<input type="checkbox"/> ใอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> มือวิ่ววะส่วนเกิน ก่อนหรือตึงเนื้อในร่างกาย	
คำถามเฉพาะสตรี			
<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์เดือน	<input type="checkbox"/> โรคน้ำคั่งหรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน
<input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ			

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

ส่วนที่ ๔ สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

ส่วนที่ ๕ การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือนในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

๑. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐ อเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ		
ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย ๑๘๓ วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

๒. คำรับรอง

(๑) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่ามีบริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(๒) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่ามีบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(๓) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(๔) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา ๓๐ วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(๕) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ ๖ ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ ๗ ข้อความยินยอมยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

๑. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๒. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่าน มา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
๓. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้า ประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๔. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้ บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัย
๕. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของ ผู้ขอเอา ประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [\[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท\]](#) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
๖. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (๑) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอา ประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (๒) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บ รวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (๓) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [\[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท\]](#) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและ ส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (๔) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถ เก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
๗. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอา ประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคง ค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอา ประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็น

ข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

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

ส่วนที่ ๘ คำเตือน

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับผู้เอาประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
5. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา.....วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ ๕๐๐ บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน.....วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

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

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

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

หมายเหตุ คำว่า ผู้ขอเอาประกันภัย บริษัทอาจใช้คำอื่นแทนได้ เช่น สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย เป็นต้น

ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม
แบบคุ้มครองสินเชื่อ (นิติบุคคล)

ชื่อบริษัท.....
ที่ตั้งทำการ.....
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) และผู้ถูกขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท
.....
.....

ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

๑. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล).....ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....
เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีอากร..... ประเภทกิจการ.....
ที่อยู่ อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....
โทรศัพท์..... อีเมล.....

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการเอาประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ในแบบกระดาษ)

๒. รายละเอียดสินเชื่อ
เช่น เลขที่บัญชีเงินกู้/บัญชีสินเชื่อ/ประเภทวงเงินสินเชื่อ/วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ/หนี้สินคงเหลือ/ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่(ปี)/วันที่อนุมัติสินเชื่อ/อัตราดอกเบี้ยเงินกู้(%)/ผู้กู้ร่วม และอื่นๆตามความจำเป็นที่ขอประโยชน์ในการทำสัญญาประกันภัย

๓. ชื่อนามสกุลผู้ถูกขอเอาประกันภัย
๓.๑.....
๓.๒.....
๓.๓.....

๔. ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) มีประกันชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทประกันชีวิตอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

ส่วนที่ ๓ การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

๑. การรับรองสถานะ

สำหรับสถาบันการเงินภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ที่มี GIIN	ประเทศที่จดทะเบียน หรือ จัดตั้ง
---	---------------------------------

หมายเลข GIIN ของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) (ถ้ามี) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	เลขทะเบียนนิติบุคคล
--	---------------------

สถานะของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

นิติบุคคลอเมริกัน

๑. ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลอเมริกัน (นิติบุคคลที่จดทะเบียนในประเทศสหรัฐอเมริกา) ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
---	--

หากผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตอบว่า “ใช่” ในข้อ ๑. โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-9 ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม
 ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตอบ “ไม่ใช่” ในข้อ ๑. ให้ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตอบคำถามเพิ่มเติมในข้อ ๒. และ ๓.

สถาบันการเงิน / นิติบุคคลที่มีรายได้หลักมาจากการลงทุน

๒. ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เป็นสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
---	--

สถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA เช่น ๑. สถาบันเงินฝาก (ธนาคาร หรือกิจการที่คล้ายคลึงกัน) ๒. สถาบันให้บริการถือสินทรัพย์แทน (Custodial Institution) ๓. นิติบุคคลเพื่อการลงทุน (เช่น นายหน้าค้าหลักทรัพย์ ผู้จัดการการลงทุน และกองทุนต่างๆ เป็นต้น) ๔. บริษัทประกันชีวิต ๕. นิติบุคคลผู้ถือหุ้นของสถาบันการเงิน ภายใต้ข้อกำหนดของ FATCA และ ๖. ศูนย์จัดการเงินทุน (Treasury center) เป็นต้น

๓. ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลที่มีรายได้จากการลงทุนในหลักทรัพย์ (เช่น ดอกเบี้ย หรือเงินปันผล) หรือจากการลงทุนอื่น (เช่น ค่าเช่า หรือค่าลิขสิทธิ์) ซึ่งมีได้มาจากการดำเนินธุรกิจตามปกติตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปของรายได้รวมหรือมีสินทรัพย์ที่บริษัทมีไว้เพื่อนำไปลงทุนตามที่กล่าวมาตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปของสินทรัพย์รวมในรอบบัญชีปีล่าสุด	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
--	--

ตอบ “ไม่ใช่” หากผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เป็นนิติบุคคลตามข้อ ๑) หรือ ๒)
 ๑) องค์กร/หน่วยงานรัฐบาลที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรระหว่างประเทศ หรือธนาคารกลาง เป็นต้น
 ๒) นิติบุคคลที่ไม่ใช่สถาบันการเงินที่ได้รับการยกเว้นภายใต้ FATCA (Exempted NFFE) เช่น บริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ นิติบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร สมาคม มูลนิธิ นิติบุคคลใหม่ที่เริ่มจัดตั้งไม่เกิน ๒๔ เดือน เป็นต้น

หากผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตอบว่า “ใช่” ในข้อ ๒. หรือ ๓. โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN-E ของหน่วยงานทางภาษีอากรสหรัฐอเมริกา (IRS) และสิ้นสุดคำถาม

๒. คำรับรอง

- (๑) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๒) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (๓) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (๔) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา ๓๐ วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (๕) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ ๔ ข้อความยืนยันด้วยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) และการให้ความยินยอม

๑. ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
๒. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (๑) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (๒) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (๓) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท](#)] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (๔) ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
๓. กรณีผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) รับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

ส่วนที่ ๕ คำเตือน

๑. หากผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
๒. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
๓. หากผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) สามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา.....วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ ๕๐๐ บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน.....วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)
ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

หมายเหตุ คำว่า ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) บริษัทอาจใช้คำอื่นแทนได้ เช่น สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) นิติบุคคลผู้ขอเอาประกันภัย เป็นต้น

ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม
แบบคุ้มครองเงินเชื่อ (นิติบุคคล)
(ชนิดมีคำถามสุภาพอย่างสั้น)

ชื่อบริษัท.....
ที่ตั้งทำการ.....
ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย เลขที่..... แนบท้ายใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองเงินเชื่อ
(นิติบุคคล) เลขที่
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) และผู้ถูกขอเอาประกันภัย
ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท
.....
.....

ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

๑. ชื่อและนามสกุลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย..... ชื่อและนามสกุลเดิม.....
ชื่อและนามสกุลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ).....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล).....
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 อื่นๆ 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

๓. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท

๔. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบ คุ้มครองเงินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ ๔

๕. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ ๕

๖. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

เลิกเสพเมื่อ

๗. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๘. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

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

เลิกดื่ม เมื่อ

๙. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๑๐. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ถูกขอเอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ถูกขอเอาประกันภัย

๑๑. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้ถูกขอเอาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวผู้ถูกขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น

ส่วนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ถูกขอเอาประกันภัย

๑๒. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

ใช่ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด.....

๑๓. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยบาดเจ็บ 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)

ส่วนที่ ๔ สำหรับผู้ถูกขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....
.....

ส่วนที่ ๕ ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยยินยอมให้ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) นำชีวิตของผู้ถูกขอเอาประกันภัยไปทำประกันชีวิต รายละเอียดตามใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เลขที่
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยยืนยันว่าเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตามหนังสือรับรองของนิติบุคคลจริง หรือเป็นผู้มีส่วนได้เสียตามกฎหมายต่อผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับทราบว่าผลประโยชน์จากการประกันชีวิตนี้จะตกเป็นของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ตามภาระหนี้สินของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย และส่วนที่เหลือจากภาระหนี้สินที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) จะตกเป็นของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบแถลงข้อมูลนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ถูกขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ถูกขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัย ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ถูกขอเอาประกันภัยที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ถูกขอเอาประกันภัย ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ถูกขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๕. หรือข้อ ๖. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ถูกขอเอาประกันภัยและผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไม่ได้ ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของผู้ถูกขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท](#)] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อผู้ถูกขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ถูกขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ถูกขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ถูกขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

(๓) ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ถูกขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล และส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

(๔) ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ถูกขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ ๒ คำเตือน

๑. หากผู้ถูกเอาประกันภัยยกเลิกการให้ความยินยอมให้ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) นำชีวิตของผู้ถูกเอาประกันภัยไปทำประกันชีวิต ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
๒. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ถูกขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ผู้ถูกขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ผู้ถูกขอเอาประกันภัย

ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม
แบบคุ้มครองเงินเชื่อ (นิติบุคคล)
(ชนิดมีคำถามสุภาพอย่างละเอียด)

ชื่อบริษัท.....
ที่ตั้งทำการ.....
ใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย เลขที่..... แนบท้ายใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองเงินเชื่อ
(นิติบุคคล) เลขที่
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) และผู้ถูกขอเอาประกันภัย
ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๘๖๕

ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท

ส่วนที่ ๑ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

๑. ชื่อและนามสกุลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย..... ชื่อและนามสกุลเดิม.....
ชื่อและนามสกุลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ).....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล).....
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 อื่นๆ 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

๓. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท

๔. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบ คุ้มครองเงินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ ๔

๕. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ ๕

๖. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

เลิกเสพเมื่อ

๗. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

๘. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

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

เลิกดื่ม เมื่อ

๙. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

๑๐. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ถูกขอเอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ ๒ คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ถูกขอเอาประกันภัย

๑๑. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้ถูกขอเอาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวผู้ถูกขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น

ส่วนที่ ๓ คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ถูกขอเอาประกันภัย

๑๒. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยบาดเจ็บ 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)

๑๓. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า ๑ ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาดำพิการ	<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"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ตาวัวชินโดรม
<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง
<input type="checkbox"/> โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธสมอง	<input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต	<input type="checkbox"/> โรคต่อกระฉก
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/> โรคนิ่ว	<input type="checkbox"/> โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง
<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/การ รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

๑๔. ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเคยมี 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"/> ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมี น้ำตาลในปัสสาวะ
<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 หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน
<input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ			

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

ส่วนที่ ๔ สำหรับผู้ถูกขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

ส่วนที่ ๕ ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบแถลงข้อมูลของผู้ถูกขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยยินยอมให้ผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) นำชีวิตของผู้ถูกขอเอาประกันภัยไปทำประกันชีวิต รายละเอียดตามใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) เลขที่
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยยืนยันว่าเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตามหนังสือรับรองของนิติบุคคลจริง หรือเป็นผู้มีส่วนได้เสียตามกฎหมายต่อผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับทราบว่าเป็นผลประโยชน์จากการประกันชีวิตนี้จะตกเป็นของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ตามภาระหนี้สินของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย และส่วนที่เหลือจากภาระหนี้สินที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) จะตกเป็นของผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบแถลงข้อมูลนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ถูกขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ถูกขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัย ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ถูกขอเอาประกันภัยที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ถูกขอเอาประกันภัย ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ถูกขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๔. หรือข้อ ๕. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ถูกขอเอาประกันภัยและผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของผู้ถูกขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท](#)] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อผู้ถูกขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ถูกขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ถูกขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

- (๒) ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ถูกขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (๓) ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ถูกขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [\[link นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท\]](#) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- (๔) ผู้ถูกขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ผู้ถูกขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ ๒ คำเตือน

- หากผู้ถูกเอาประกันภัยยกเลิกการให้ความยินยอมให้ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) นำชีวิตของผู้ถูกเอาประกันภัยไปทำประกันชีวิต ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) ได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ถูกขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ผู้ถูกขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

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

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 ผู้ถูกขอเอาประกันภัย