

บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาเลนเจอร์ฮอว์ก 2
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

ใบคำขอเอาประกันชีวิต
ประเภทสามัญ (อายุตั้งแต่ 16 ปี)

☐ แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ ☐ แบบตรวจสอบสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่_____

ชื่อตัวแทน / นายหน้า_____

ใบอนุญาตเลขที่_____รหัส_____

ผู้บริหารตัวแทน_____รหัส_____

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย_____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
(ชื่อ-นามสกุลเดิม_____) เชื้อชาติ_____ สัญชาติ_____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อายุ_____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ_____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว_____ วันบัตรหมดอายุ_____
ชื่อ ภรรยา/สามี_____

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่_____ หมู่บ้าน/อาคาร_____ หมู่ที่_____ ตรอก/ซอย_____ ถนน_____
แขวง/ตำบล_____ เขต/อำเภอ_____ จังหวัด_____ รหัสไปรษณีย์_____

ข. ชื่อสถานที่ทำงาน_____ อาคาร_____ เลขที่_____ หมู่ที่_____ ตรอก/ซอย_____
ถนน_____ แขวง/ตำบล_____ เขต/อำเภอ_____ จังหวัด_____ รหัสไปรษณีย์_____

ค. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่_____ หมู่บ้าน/อาคาร_____ หมู่ที่_____ ตรอก/ซอย_____ ถนน_____
แขวง/ตำบล_____ เขต/อำเภอ_____ จังหวัด_____ รหัสไปรษณีย์_____

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน อีเมล_____

โทรศัพท์บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____ โทรศัพท์มือถือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____

โทรศัพท์ที่ทำงาน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ_____

3. อาชีพประจำ_____

ตำแหน่ง_____

ลักษณะงานที่ทำ_____

ลักษณะธุรกิจ_____

รายได้ต่อปี_____ บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)_____

ตำแหน่ง_____

ลักษณะงานที่ทำ_____

ลักษณะธุรกิจ_____

รายได้ต่อปี_____ บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย_____ อายุ_____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ ความสัมพันธ์_____

อาชีพประจำ_____ ตำแหน่ง_____ ลักษณะธุรกิจ_____ รายได้ต่อปี_____ บาท

ที่อยู่ปัจจุบัน_____

โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุคาน้ำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

1/6

ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....

5.1 แบบประกันภัยและความคุ้มครอง		จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)		
แบบประกันภัย_____					
ระยะเวลาเอาประกันภัย_____ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย_____ปี					
เบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ(ถ้ามี) เนื่องจาก					
สัญญาเพิ่มเติม					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
		เบี้ยประกันภัยรวม			
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ราย 12 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 1 เดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว					
แบบประกันภัยชนิด ☐ ไม่มีเงินปันผล ☐ มีเงินปันผล					
กรณีมีเงินคืนตามสัญญา / เงินปันผล ขอเลือกรับเป็น (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง บริษัทฯ จะจ่ายเป็นเช็ค)					
☐ รับเป็นเช็ค	☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร_____สาขา_____เลขที่_____ (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์)	☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม (เฉพาะแบบประกันที่บริษัทรับสะสมเท่านั้น)			
5.2 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ _____ บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงิน เลขที่ _____					
ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ (แนบใบ pay-in) ☐ เช็คธนาคาร _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____					
☐ บัตรเครดิต เลขที่ _____ ชื่อเจ้าของบัตร _____					
ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ออเอาประกันภัยคือ _____					
คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ออเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น					
6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่					
☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้					
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			สุขภาพ	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่ สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด					
บริษัท	สาเหตุ			เมื่อใด	

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☐ ไม่เสพ/ไม่เคย

☐ เสพ/เคยเสพ

ถ้าเสพ/เคยเสพ ระบุชนิด

ปริมาณ

ความถี่

ครั้ง/สัปดาห์

เสพมานาน

ปี

☐ เลิกเสพ เมื่อ

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย

☐ ดื่ม/เคยดื่ม

ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด

ปริมาณ

ขวด/ครั้ง

ความถี่

ครั้ง/สัปดาห์

ดื่มมานาน

ปี

☐ เลิกดื่ม เมื่อ

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☐ ไม่สูบ/ไม่เคย

☐ สูบ/เคยสูบ

โปรดระบุปริมาณ

มวน/วัน

สูบนาน

ปี

☐ เลิกสูบ เมื่อ

12. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

☐ ไม่เปลี่ยน

☐ เปลี่ยน

ถ้าเปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก

☐ เพิ่มขึ้น.....กก.

☐ ลดลง.....กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนสูง

ซม.

น้ำหนัก

กก.

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบหรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

โปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

14. ภรรยา /สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง

☐ เป็นโรคเอดส์ (HIV)

☐ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง

☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
☐ สายตาพิการ ☐ โรคจอประสาทตา ☐ โรคต้อหิน ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง ☐ โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต ☐ โรคพาร์กินสัน ☐ โรคความจำเสื่อม ☐ โรคชัก ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ ☐ โรควัณโรค			

16. ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง

☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การรักษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง ☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ☐ ไช้น้ำคอกเสบ ☐ ปวดศีรษะไมเกรน ☐ ภูมิแพ้ ☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ กรดไหลย้อน ☐ นิ่ว ☐ ภาวะน้ำคอกเสบ ☐ ไซ้เลื่อน ☐ ริดสีดวงทวาร ☐ ฝีคันขลุตร	☐ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ☐ กระดุกสันหลังเคลื่อน ☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท ☐ ข้อเสื่อม ☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง ☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	☐ ออติสติก ☐ สมาธิสั้น
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการ รักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและการป้องกัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หรือ ☐)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีโปรตระกูล ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่การอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา (US TIN) _____

2. คำยินยอมและข้อตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 6 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ - - - -

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย
การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- 1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- 2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- 4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____
(_____)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) _____
(_____)
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____
(_____)
พยาน

(ลงชื่อ) _____
(_____)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา / มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีมีการแก้ไข ชัดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

6/6