ฟิลลิปประกันชีวิต PhillipLife

บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ทะเบียนเลขที่ 0107556000671)
849 อาคารวรวัฒน์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ : 0-2022-5000 โทรสาร : 0-2022-5500
Phillip Life Assurance Public Company Limited (Registration 0107556000671)
849 Vorawat Bldg., Silom Rd., Bangrak, Bangkok 10500 Tel.: 0-2022-5000 Fax.: 0-2022-5500 www.phillipife.com

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป	ผู้เยาว์ (ผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 16 ปี)
❑ แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5) ❑ แบบมีคำถามสุขภาพเฉพาะแบบ(ตอบคำถามข้อ 1 - 5, 14 - 22, 28 - 31) ❑ แบบตรวจสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5 , 14 - 20) ❑ แบบไม่ตรวจสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5 , 14 - 27) ***กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้ชำระเบี้ยฯด้วยตนเอง (ตอบคำถามข้อ 12-13)**	❑ แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5 ,12 - 13) ❑ แบบมีคำถามสุขภาพเฉพาะแบบ (ตอบคำถามข้อ 1 - 13) ❑ แบบตรวจสุขภาพ/ไม่ตรวจสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 13) ***กรณีซื้อความคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยฯ (ตอบคำถามข้อ 14 - 27)**

****** ทุกกรณี กรุณาตอบคำถามของกฎหมาย FATCA ในหน้า 7 และการให้ความยินยอมฯ ในหน้า 8 ของใบคำขอฯ นี้ด้วย******

***** กรณีทำประกันภัย "แบบประกันชีวิตควบการลงทุน (Unit Linked)" ตอบคำถามข้อ 32 ด้วย *****

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..........
ชื่อตัวแทน/นายหน้า ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์
รหัส 62015095 ใบอนุญาตเลขที่ ช.00002/2557
ชื่อผู้บริหาร..........
รหัส.......... สาขา/สำนักงาน..........

คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายยินดี มีชัย เพศ ☑ ชาย ❑ หญิง
ชื่อและนามสกุลเดิม - วัน/เดือน/ปีเกิด 10 สิงหาคม 2534 อายุ 30 ปี
เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง (กรณีที่เป็นคนต่างด้าว) x xxxx xxxxx xx x วันหมดอายุ 9 สิงหาคม xxxx
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย สถานภาพ ☑ โสด ❑ สมรส ❑ หม้าย ❑ หย่า

2. 2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ xxx หมู่บ้าน/อาคาร xxxxx หมู่ที่ xx ตรอก/ซอย xxxxx
ถนน xxxxxx แขวง/ตำบล xxxxxx เขต/อำเภอ xxxxxx จังหวัด xxxxxx รหัสไปรษณีย์ xxxxx

2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน ☑ ตามทะเบียนบ้าน ข้อ 2.1 (กรณีต่างจากทะเบียนบ้านกรุณากรอกข้อมูลด้านล่าง)
เลขที่.......... หมู่บ้าน/อาคาร.......... หมู่ที่.......... ตรอก/ซอย..........
ถนน.......... แขวง/ตำบล.......... เขต/อำเภอ.......... จังหวัด.......... รหัสไปรษณีย์..........

2.3 สถานที่ทำงาน บริษัทศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์ จำกัด ชื่ออาคาร ชำนาญเพ็ญชาติ บิสเนส เซ็นเตอร์
เลขที่ 65/3 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย - ถนน พระราม 9
แขวง/ตำบล ห้วยขวาง เขต/อำเภอ ห้วยขวาง จังหวัด กรุงเทพ รหัสไปรษณีย์ 10310

2.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ xxx-xxx-xxxx หมายเลขโทรศัพท์บ้าน - หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02 xxx xxxx
อีเมลสำหรับการรับเอกสารทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ -
อีเมลสำหรับการรับข้อมูลข่าวสารของบริษัท ❑ เหมือนกับอีเมลไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ abc@gmail.com

2.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ❑ ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ สถานที่ทำงาน ❑ อื่นๆ ให้ระบุที่อยู่ในข้อ 27.

3. อาชีพประจำ พนักงานบริษัทเอกชน ตำแหน่ง ฝ่ายการตลาด ลักษณะงานที่ทำ บริการลูกค้า
ลักษณะธุรกิจ เกี่ยวกับประกัน รายได้ต่อปี 300,000 บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) - ตำแหน่ง.......... ลักษณะงานที่ทำ..........
ลักษณะธุรกิจ.......... รายได้ต่อปี.......... บาท

ชื่อผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย

4. แบบประกันภัย สัญญาเพิ่มเติมที่ขอเอาประกันภัย และการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

4.1 ☐ **การประกันชีวิตควบการลงทุน แบบ** ....จำนวนเงินเอาประกันภัย..บาท

จำนวนเบี้ยประกันภัยหลักเพื่อความคุ้มครอง........................บาท จำนวนเบี้ยประกันภัยหลักเพื่อการออม (ถ้ามี)........................บาท

จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ (ถ้ามี)..บาท

ระยะเวลาเอาประกันภัย...................ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย...................ปี

4.2 ☑ **การประกันชีวิตอื่น ๆ แบบ** เพรสทีจ เซฟวิ่ง 15/5

จำนวนเงินเอาประกันภัย 100,000 บาท จำนวนเบี้ยประกันภัย 18,409 บาท

ระยะเวลาเอาประกันภัย 15 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 5 ปี

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ครั้งเดียว ☑ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน

ถ้ามีเงินปันผลเลือก ☑ โอนเข้าบัญชีธนาคาร ☐ ขอรับเป็นเช็ค ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัทฯ เพื่อการสะสม

ถ้ามีเงินคืนตามสัญญาเลือก ☑ โอนเข้าบัญชีธนาคาร ☐ ขอรับเป็นเช็ค ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัทฯ เพื่อการสะสม

หากประสงค์ให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติกรุณากรอก ข้อ 4.3

4.3 การรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้ให้ความยินยอมฯ ประสงค์จะรับเงินจากการขายคืนกองทุนบางส่วน หรือปิดกรมธรรม์ หรือรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า

ชื่อบัญชี นายยินดี มีชัย เลขที่บัญชี xxxxxxxxxx ชื่อธนาคาร กสิกรไทย

(แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารและลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องเหมือนกับที่ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตฉบับนี้)

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้าในฐานะผู้ชำระเบี้ยประกันภัยรับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์ให้กับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
2) กรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินดีรับเป็นเช็ค
3) บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิก หรือเปลี่ยนแปลงการบริการ และจะจ่ายเป็นเช็คตามวิธีปกติ โดยมิต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

4.4 สัญญาเพิ่มเติมที่แนบพร้อมใบคำขอฯ	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์	เบี้ยประกันภัย
☐ การยกเว้นเบี้ยประกันภัยกรณีทุพพลภาพ (WP)		
☐ อุบัติเหตุ อ.บ.1 (AX)		
☐ อุบัติเหตุ อ.บ.2 (AI)		
☐ อุบัติเหตุ อ.บ.3 (ADB)		
☐ บันทึกสลักหลังสัญญาคุ้มครองฆาตกรรมฯ แนบ อ.1 (RCCAX)		
☐ บันทึกสลักหลังสัญญาคุ้มครองฆาตกรรมฯ แนบ อ.บ.2 (RCCAI)		
☐ การประกันภัยสุขภาพ (HI)		
☐ การประกันภัยสุขภาพ เอชเอสเอ (HSA)		
☐ การประกันภัยสุขภาพ เอชเอสซี (HSC)		
☐ ค่าชดเชยรายวันจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (HB-2020)		
☐ บันทึกสลักหลังผู้ป่วยนอก (OPD)		
☐ การประกันภัยชั่วระยะเวลา.................ปี (LT)		
☐ โรคร้ายแรง (CI)		
☐ คุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB)		
☐ การประกันภัยชั่วระยะเวลา สำหรับผู้ชำระเบี้ยฯ..........ปี (LTPB)		
☐ อื่น ๆ		

4.5 จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม.....18,409.........บาท จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้......18,409.........บาท ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่......................

ชำระโดย ❑ หักบัญชีเงินฝากธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....................................สาขา...................................

❑ เงินสด ❑ เช็ค ❑ บัตรเครดิต *(โปรดกรอกรายละเอียดในหนังสือแจ้งฯ)* ❑ อื่นๆ โปรดระบุ...

☑ โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.118-2-24781-5..ชื่อบัญชี บมจ.ฟิลลิปประกันชีวิต ธนาคาร..TMB.................สาขา...สีลม.....................

<u>คำเตือน</u> เมื่อมีการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราวตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย...นายยินดี มีชัย...อาชีพ...พนง.บริษัท...............ความสัมพันธ์...ตนเอง...............

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	เลขที่ บัตรประชาชน	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
นางใจดี มีชัย	x xxxx xxxxx xx x	54	มารดา	ตามข้อ 2.1	100%

คำถามข้อ 6 - 11 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 16 ปี

6. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) มีหรือ เคยมี ประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ❑ ไม่มี ❑ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน (บาทต่อวัน)	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	อุบัติเหตุ	โรคร้ายแรง		

7. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ❑ ไม่เคย ❑ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ ชื่อบริษัท...สาเหตุ...เมื่อ..........................

8. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่ ❑ ไม่เป็น ❑ เป็น หากเป็นโปรดระบุว่าใครเป็น...............โรคอะไร.........................อายุที่เริ่มเป็น............ปี

9. ส่วนสูง............ซ.ม. น้ำหนัก............ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ❑ ไม่เปลี่ยน ❑ เปลี่ยน โปรดระบุ ❑ เพิ่มขึ้น ....ก.ก. ❑ ลดลง...............ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน...

10. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) มีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ❑ ใช่ ❑ ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่โปรดระบุรายละเอียด..

11. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น ❑ ไม่เคย ❑ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ชื่อผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย

คำถามข้อ 12 - 13 เป็นข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

12. ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย .... เพศ ❑ ชาย ❑ หญิง
ชื่อและนามสกุลเดิม.. สถานภาพ ❑ โสด ❑ สมรส ❑ หม้าย ❑ หย่า
วัน/เดือน/ปีเกิด...............................อายุ...........ปี เชื้อชาติ................สัญชาติ........... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย......................
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (กรณีที่เป็นคนต่างด้าว)..วันบัตรหมดอายุ.........................
ชื่อและนามสกุลของภรรยา/สามี...

12.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่....................หมู่บ้าน/อาคาร...หมู่ที่.........ตรอก/ซอย...
ถนน................................แขวง/ตำบล.........................เขต/อำเภอ.........................จังหวัด...................รหัสไปรษณีย์................

12.2 ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ ตามทะเบียนบ้าน ข้อ 12.1 (กรณีต่างจากทะเบียนบ้านกรุณากรอกข้อมูล)
เลขที่................................หมู่บ้าน/อาคาร..หมู่ที่.........ตรอก/ซอย...
ถนน................................แขวง/ตำบล.........................เขต/อำเภอ.........................จังหวัด...................รหัสไปรษณีย์................

12.3 สถานที่ทำงาน...ชื่ออาคาร...
เลขที่...........................หมู่ที่............. ตรอก/ซอย...ถนน...
แขวง/ตำบล..เขต/อำเภอ...................................จังหวัด..................................รหัสไปรษณีย์................

12.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..........................หมายเลขโทรศัพท์บ้าน......................หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน................................
อีเมลสำหรับการรับเอกสารทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์...
อีเมลสำหรับการรับข้อมูลข่าวสารของบริษัท ❑ เหมือนกับอีเมลไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์..

12.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ ❑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ❑ ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ สถานที่ทำงาน ❑ อื่นๆ ให้ระบุที่อยู่ในข้อ 27.

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

คำถามข้อ 14 – 27 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ปีขึ้นไป
และสำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

14. ท่านมีหรือเคยมี ประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
❑ ไม่มี ☑ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน (บาทต่อวัน)	ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	อุบัติเหตุ	โรคร้ายแรง		
AIA	200,000				มีผล

15.ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย การขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย
ถ้าเคยโปรดระบุชื่อบริษัท.................................สาเหตุ...เมื่อ............................

16. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย

17. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย หากเคยโปรดระบุชนิด..
ปริมาณ...ความถี่................ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน............ปี ❑ เลิกเสพ เมื่อ...

18. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย หากเคยโปรดระบุชนิด..
ปริมาณ...........................ขวด/ครั้ง ความถี่................ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.............ปี ❑ เลิกดื่ม เมื่อ...

ชื่อผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย

19. ท่านสูบ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย หากเคยโปรดระบุปริมาณ...........มวน/วัน สูบมานาน............ปี
☐ เลิกสูบ เมื่อ..

20. ส่วนสูง.172.....ซ.ม. น้ำหนัก.....52..ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☑ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
โปรดระบุ ☐ เพิ่มขึ้น ....ก.ก. ☐ ลดลง............ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน..

21. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่
☑ ไม่เป็น ☐ เป็น หากเป็นโปรดระบุว่าใครเป็น..........................โรคอะไร...อายุที่เริ่มเป็น.............ปี

22. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่ ☑ ไม่เป็น ☐ เป็น
หากเป็นกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ เป็นโรคเอดส์ (HIV) ☐ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ

23. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สายตาพิการ	☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ ม้ามโต	☐ โรคต่อมน้ำเหลืองโต
☐ โรคจอประสาทตา	☐ โรคถุงลมโป่งพอง	☐ โรคตับอ่อนอักเสบ	☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
☐ โรคต้อหิน	☐ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	☐ โรคไต	☐ โรคมะเร็ง
☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ ความดันโลหิตสูง	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
☐ โรคอัมพฤกษ์ / โรค อัมพาต	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคเก๊าท์	☐ โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
☐ โรคพาร์กินสัน	☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐ โรคหนังแข็ง	☐ พิการทางร่างกาย
☐ โรคความจำเสื่อม	☐ โรคหลอดเลือด	☐ โรคเอสแอลอี	☐ โรคจิต
☐ โรคชัก	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคเลือด	☐ โรคประสาท
☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคเบาหวาน	☐ โรคซึมเศร้า
☐ โรควัณโรค	☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ โรคไทรอยด์	☐ ดาวน์ซินโดรม
☐ โรคหอบหืด	☐ ดีซ่าน		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

24. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี
หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

		อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา	เฉพาะสตรี
☐ การมองเห็นผิดปกติ ☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ☐ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ☐ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก ☐ มีพัฒนาการช้า ☐ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ☐ ไอเรื้อรัง ☐ ไอเป็นเลือด ☐ เหนื่อยง่ายผิดปกติ	☐ คลำพบก้อนเนื้อ ☐ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ☐ ใจสั่น ☐ ปวดท้องเรื้อรัง ☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ☐ ท้องมาน ☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ ☐ ปวดข้อเรื้อรัง ☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ น้ำหนักลด ☐ ท้องเดินเรื้อรัง ☐ ไข้เรื้อรัง ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง	☐ กำลังตั้งครรภ์ ......เดือน ☐ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

ชื่อผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

25. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

25.1 การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย ถ้าเคย ตรวจอะไร...เมื่อใด.....................
สถานที่ตรวจ.............................ผลการตรวจ...................................ข้อสังเกต/วินิจฉัยโดยแพทย์.......................................

25.2 การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น ☑ ไม่เคย ❑ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งอาการ...เมื่อใด......................
ชื่อสถานพยาบาล...ผลการรักษา...

26. **สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง**

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ❑ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	❑ กรดไหลย้อน	❑ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	❑ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ
❑ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	❑ นิ่ว	❑ กระดูกสันหลังเคลื่อน	❑ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท
❑ ไซนัสอักเสบ	❑ ถุงน้ำดีอักเสบ	❑ ข้อเสื่อม	❑ สมาธิสั้น
❑ ปวดศีรษะไมเกรน	❑ ไส้เลื่อน	❑ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	❑ ออทิสติก
❑ ภูมิแพ้	❑ ริดสีดวงทวาร	❑ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	❑ ฝีคัณฑสูตร

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

27. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)...
....
....

คำถามข้อ 28 - 31 สำหรับการขอเอาประกันภัยแบบใช้คำถามสุขภาพเฉพาะแบบ

28. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☑ไม่เคย ❑เคย

❑ โรคหลอดเลือดในสมอง	❑ โรคความดันโลหิตสูง	❑ โรคพาร์กินสัน	❑ โรคหัวใจ	❑ โรคหอบหืด	❑ โรคไต
❑ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	❑ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	❑ โรคเอสแอลอี	❑ โรคเบาหวาน	❑ โรคไทรอยด์	❑ โรคชัก
❑ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	❑ พิการทางร่างกาย	❑ โรคมะเร็ง	❑ โรคเลือด	❑ โรคจิต	❑ ดีซ่าน

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

29. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยคลำพบก้อนเนื้อหรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดอาการ...
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ.................................... อาการปัจจุบัน...

30. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย

❑ อาการอ่อนเพลีย ❑ น้ำหนักลด ❑ ท้องเดินเรื้อรัง ❑ ไข้เรื้อรัง ❑ โรคผิวหนังเรื้อรัง

หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดอาการ.......................................วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ..........................อาการปัจจุบัน.....................

ชื่อผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย

31. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับ

31.1. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆหรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย ตรวจอะไร..เมื่อใด........................
สถานที่ตรวจ...ผลการตรวจ..
ข้อสังเกต / วินิจฉัย โดยแพทย์...

31.2. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น ☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งอาการ..
เมื่อใด (วันเดือนปี)...ชื่อสถานพยาบาล...
ผลการรักษา...

คำถามข้อ 32 สำหรับการประกันชีวิตควบการลงทุน (Unit Linked) เพื่อให้เป็นไปตามประกาศสำนักงาน ก.ล.ต. เรื่อง การถือหน่วยลงทุนเกินกว่าหนึ่งในสาม

32. ท่านมี บุตร / ธิดา ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม ☐ ไม่มี ☐ มี

ชื่อและนามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน	อายุ

การแจ้งความประสงค์ในการรับกรมธรรม์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะรับกรมธรรม์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์หรือไม่

☐ รับ (ท่านจะได้รับเฉพาะกรมธรรม์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น โดยส่งให้ท่านทาง Email)

☑ ไม่รับ (ท่านจะได้รับเล่มกรมธรรม์)

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☑ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
☑ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☑ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☑ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อผูกพัน หรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศที่กำกับ ดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ชื่อผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่า ข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 60 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัยเพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☑ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ x xxxx xxxxx xx x

☐ ไม่มีความประสงค์

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ บ้านผู้เอาประกัน วันที่ 30 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ เว้นไว้ให้ศรีกรุงประกันชีวิตเขียน
(....................)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ นายยินดี มีชัย
(นายยินดี มีชัย)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ นายสันติ มีมาก
(นายสันติ มีมาก)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ ....
(....................)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

ชื่อผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย

ฟิลลิปประกันชีวิต
PhillipLife
บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ทะเบียนเลขที่ 0107556000671)
849 อาคารวรวัฒน์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ : 0-2022-5000 โทรสาร : 0-2022-5500
Phillip Life Assurance Public Company Limited (Registration 0107556000671)
849 Vorawat Bldg., Silom Rd., Bangrak, Bangkok 10500 Tel.: 0-2022-5000 Fax.: 0-2022-5500 www.philliplife.com

ข้อเสนอขายประกันชีวิต

แบบประกันภัย เพรสทีจ เซฟวิ่ง 15/5

พิเศษสำหรับ นาย ยินดี มีชัย

อายุ 30 **ปี** **เพศ** ชาย

ตารางสรุปเบี้ยประกันภัย

(บาท)

แบบประกันภัย และสัญญาเพิ่มเติม		จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัย	เบี้ยที่สามารถลดหย่อนได้/ปี
เบี้ยประกันภัยหลัก (LIFE)*	(ลดหย่อนภาษีได้)	100,000.00	18,409.00	18,409.00
สรุปรวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (รายปี)			**18,409.00**	18,409.00

* เบี้ยประกันภัยของแบบประกันภัยนี้สามารถนำไปใช้สิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 172 ตามจำนวนเงินที่จ่ายจริงไม่เกิน 100,000 บาท

หมายเหตุ เบี้ยประกันภัยข้างต้นเป็นเบี้ยประกันภัยสำหรับภัยมาตรฐาน ณ ปีปัจจุบัน

สรุปความคุ้มครองการเสียชีวิตเริ่มต้น

(บาท)

- เสียชีวิตจากสาเหตุธรรมชาติ หรือเจ็บป่วย	**100,000.00**
- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	**100,000.00**
- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุพิเศษ	**100,000.00**
- เสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกาย ภัยสงครามกลางเมือง กบฏ จลาจล การนัดหยุดงาน	**100,000.00**

หมายเหตุ ความคุ้มครองเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์

ผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย
นายหน้า นายสันติ มีชัย

เสนอโดย: **โทรศัพท์ / Email:** 020907666 / life

(ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์ จำกัด) **วันที่เสนอขาย:** **เวลา:**

ข้อมูลในเอกสารนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประกอบการขายเท่านั้น ผู้ขอเอาประกันควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม เรื่องความคุ้มครอง ข้อกำหนด เงื่อนไข ข้อยกเว้น และผลประโยชน์ต่างๆ

ข้อเสนอขายประกันชีวิต

แบบประกันภัย เพรสทีจ เซฟวิ่ง 15/5

พิเศษสำหรับ นาย ยินดี มีชัย

อายุ 30 **ปี** **เพศ** ชาย

ระยะเวลาเอาประกันภัย 15 ปี / ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 5 ปี

ระยะเวลาชำระเบี้ยฯ 5 ปี

ความคุ้มครอง * — ความคุ้มครอง 100% ตลอดสัญญา

ณ สิ้นปีกรมธรรม์ที่ 0 5 15

เงินคืนระหว่างสัญญา * — *ครบสัญญา 100%

*** % ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น**

ตารางแสดงผลประโยชน์ (บาท)

สิ้นปี กธ. ที่	เพรสทีจ เซฟวิ่ง 15/5						
	เบี้ยประกันภัย	เบี้ยประกันภัยสะสม	ผลประโยชน์ด้านภาษี	เงินคืนตามกรมธรรม์	เงินคืนฯ สะสม	มูลค่าเวนคืนกรมธรรม์	ผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต
1	18,409.00	18,409.00	-	-	-	2,400.00	100,000.00
2	18,409.00	36,818.00	-	-	-	11,000.00	100,000.00
3	18,409.00	55,227.00	-	-	-	29,400.00	100,000.00
4	18,409.00	73,636.00	-	-	-	47,000.00	100,000.00
5	18,409.00	92,045.00	-	-	-	68,400.00	100,000.00
6	-	92,045.00	-	-	-	70,900.00	100,000.00
7	-	92,045.00	-	-	-	73,600.00	100,000.00
8	-	92,045.00	-	-	-	76,400.00	100,000.00
9	-	92,045.00	-	-	-	79,300.00	100,000.00
10	-	92,045.00	-	-	-	82,400.00	100,000.00
11	-	92,045.00	-	-	-	85,600.00	100,000.00
12	-	92,045.00	-	-	-	89,000.00	100,000.00
13	-	92,045.00	-	-	-	92,500.00	100,000.00
14	-	92,045.00	-	-	-	96,200.00	100,000.00
15	-	92,045.00	-	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00
รวม		**92,045.00**	**-**	**100,000.00**			
ส่วนต่างระหว่างเบี้ยประกันภัยสะสม และเงินคืนสะสมตลอดสัญญา						**7,955.00**	

หมายเหตุ 1. ผลประโยชน์จากกรมธรรม์/สัญญานี้ไม่ถือเป็นรายได้ ในการคำนวณภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา
2. เบี้ยประกันภัยข้างต้นเป็นเบี้ยประกันภัยสำหรับภัยมาตรฐาน

ผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย
นายหน้า นายสันติ มีชัย

เสนอโดย: .... **โทรศัพท์ / Email:** 020907666 / life

(ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์ จำกัด) **วันที่เสนอขาย:** .... **เวลา:** ....

ข้อมูลในเอกสารนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประกอบการขายเท่านั้น ผู้ขอเอาประกันควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม
เรื่องความคุ้มครอง ข้อกำหนด เงื่อนไข ข้อยกเว้น และผลประโยชน์ต่างๆ

แบบประกันภัย เพรสทีจ เซฟวิ่ง 15/5 **ข้อเสนอขายประกันชีวิต**

พิเศษสำหรับ นาย ยินดี มีชัย **อายุ** 30 **ปี** **เพศ** ชาย

ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

1.ชำระผ่านตัวแทนของบริษัทฯ

เป็นเงินสด หรือ เช็คขีดคร่อมและขีดฆ่า "หรือผู้ถือ" สั่งจ่าย บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตัวแทนจะต้องมอบใบรับเงินชั่วคราว เพื่อเป็นหลักฐานการชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยมีหน้าที่ในการส่งเบี้ยประกันภัย การที่พนักงานหรือลูกจ้างบริษัท ตัวแทน นายหน้า มาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นเพียงการให้บริการเท่านั้น

2.ชำระโดยตรงที่บริษัทฯ ณ สำนักงานใหญ่ หรือ สาขาของบริษัทฯ

โดยชำระเป็นเงินสด บัตรเครดิต (VISA, Master Card, American Express) หรือ เช็คขีดคร่อมและขีดฆ่า "หรือผู้ถือ" สั่งจ่าย บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยบริษัทฯ จะออกหลักฐานการรับชำระเบี้ยประกันภัยให้ทุกครั้ง

3.ชำระโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัทฯ (เฉพาะเบี้ยปีแรก งวดแรก) พร้อมนำส่งหลักฐานที่ตัวแทนประกันชีวิต

ธนาคารกรุงเทพ / ออมทรัพย์ สาขาถนนสี่พระยา
เลขที่บัญชี : 170-014007-0

ธนาคารกรุงไทย / ออมทรัพย์ สาขาสีลม
เลขที่บัญชี : 022-143680-4

ธนาคารไทยพาณิชย์ / ออมทรัพย์
สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่
เลขที่บัญชี : 251-202225-7

ธนาคารทหารไทย / ออมทรัพย์ สาขาสีลม
เลขที่บัญชี : 118-224781-5

ธนาคารกสิกรไทย / ออมทรัพย์ สาขาสุรวงศ์
เลขที่บัญชี: 020-867277-0

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา / ออมทรัพย์ สาขาสุรวงศ์
เลขที่บัญชี: 125-916455-7

ธนาคารธนชาต / ออมทรัพย์ สาขาสี่พระยา
เลขที่บัญชี: 211-224999-0

*** 4.ชำระ ณ เคาน์เตอร์ธนาคารทุกสาขาทั่วประเทศ**

ตามที่ปรากฏในใบแจ้งครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้จัดส่งให้ผู้เอาประกันภัยทราบล่วงหน้า โดยนำใบแจ้งครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ณ เคาน์เตอร์ธนาคารพร้อมชำระเป็นเงินสด โดยผู้เอาประกันภัยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใดๆ

ธนาคารกรุงเทพ	ธนาคารกสิกรไทย	ธนาคารยูโอบี
ธนาคารเพื่อการเกษตรฯ (ธ.ก.ส)	ธนาคารกรุงไทย	ธนาคารออมสิน
ธนาคารกรุงศรีอยุธยา	ธนาคารไทยพาณิชย์	ธนาคารธนชาต
ธนาคารทหารไทย		

*** 5.ชำระโดยหักบัญชีผ่านธนาคาร (Direct Debit)** ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัยที่ท่านมีบัญชีเงินฝาก ได้แก่

ธนาคารกรุงเทพ	ธนาคารกสิกรไทย	ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
ธนาคารไทยพาณิชย์	ธนาคารทหารไทย	

*** 6.ชำระที่ร้านสะดวกซื้อ** **7-ELEVEN และจุดรับชำระอื่นๆ ที่มีเครื่องหมาย** **"Counter Service"** **ทั่วประเทศ** (วงเงินชำระไม่เกิน 49,000 บาท) หรือ ที่ทำการไปรษณีย์ ผ่านบริการ "Pay at POST" (วงเงินชำระไม่เกิน 50,000 บาท)

*** 7.ชำระที่เทสโก้ โลตัส** TESCO Lotus **ทั่วประเทศ** ทุกสาขา ยอดชำระไม่เกิน 49,000 บาท

ผู้เอาประกัน นายยินดี มีชัย
นายหน้า นายสันติ มีชัย

หมายเหตุ: * กรณีชำระเบี้ยประกันภัยปีต่อเท่านั้น

เสนอโดย: (ศรีกรุงประกันชีวิต โบรคเกอร์ จำกัด) **โทรศัพท์ / Email:** 020907666 / life

วันที่เสนอขาย: **เวลา:**

ข้อมูลในเอกสารนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประกอบการขายเท่านั้น ผู้ขอเอาประกันควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องความคุ้มครอง ข้อกำหนด เงื่อนไข ข้อยกเว้น และผลประโยชน์ต่างๆ

ถ่ายสำเนาบัตรระชาชน

พร้อมเซ็น สด ด้วยน้ำหมึกปากกา น้ำเงิน

เซ็น ลายเซ็น ให้เหมือน ที่เซ็น ในใบคำขอนะคะ

โอนเงินสำเร็จ

9 ธ.ค. 6[redacted] 11:13 น.

K+

[redacted]
ธ.กสิกรไทย
[redacted]

↓

บมจ. ฟิลลิปประกันชีวิต
ธ.กสิกรไทย
xxx-x-x7277-x

[redacted]

เลขที่รายการ:
[redacted]

จำนวน:
50,325.00 บาท

ค่าธรรมเนียม:
0.00 บาท

Verified by K+

บันทึกช่วยจำ: [redacted]

ตัวอย่าง สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. โปรดนำสมุดคู่ฝากนี้และบัตรประจำตัวมาด้วยทุกครั้งที่ติดต่อธนาคาร
2. สมุดคู่ฝากเป็นเอกสารสำคัญโปรดเก็บในที่ปลอดภัยอย่าฝากไว้กับพนักงานธนาคารหรือบุคคลอื่น หากสูญหายแจ้งอายัดได้ทุกสาขาหรือที่หมายเลข 0 2111 1111 แล้วนำใบแจ้งความติดต่อสาขาเจ้าของบัญชี เพื่อขอออกสมุดคู่ฝากใหม่ กรณีสมุดคู่ฝากบันทึกรายการเต็มให้นำสมุดคู่ฝากเดิมขอเปลี่ยนเล่มใหม่ได้ทุกสาขา
3. การถอนต่างสำนักงานสามารถถอนได้เฉพาะเจ้าของบัญชี
4. บัญชีที่ขาดการเคลื่อนไหว และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือ คิดค่าธรรมเนียมตามเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด
5. ยอดคงเหลือในสมุดคู่ฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้ตรวจสอบแล้วว่าตรงกับบัญชีของธนาคาร ควรนำสมุดมาปรับรายการอย่างน้อยเดือนละครั้ง ได้ทุกสาขา หรือที่เครื่องปรับสมุดอัตโนมัติ (Update Passbook)
6. การนับจำนวนวันเพื่อคำนวณดอกเบี้ยเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารจะใช้หลักเกณฑ์ตามปีปฏิทินที่เกิดขึ้นจริง
7. เงินฝากนี้ได้รับความคุ้มครองจากสถาบันคุ้มครองเงินฝากตามจำนวนที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

สำนักงาน รหัสสาขา317
Office

บัญชีเลขที่ 123-4-56789-0
Account No.

สาขาเดชอุดม

ชื่อบัญชี
Account Name
นายตัวอย่าง นะเด็กๆ

[redacted]

ธนาคารกรุงไทย
KRUNGTHAI BANK

ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

SA I 1607841

ลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
เหมือนในสัญญากู้ยืม

สำเนาถูกต้อง
ตัวอย่าง [redacted]
(นายตัวอย่าง [redacted])

ตรวจสอบเลขที่บัญชีธนาคารว่าตรงกันกับที่ระบุในสัญญาหรือไม่ และบัญชีธนาคารมีการเคลื่อนไหวตลอดหรือไม่

รายการเกี่ยวกับบ้าน เล่มที่

เลขรหัสประจำบ้าน สำนักทะเบียน

รายการที่อยู่ 4

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 3 มิถุนายน 2537

ลงชื่อ นายทะเบียน

วันที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 19 สิงหาคม 2548

1

2

เล่มที่ รายการบุคคลในบ้าน ลำดับที่

ชื่อ สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน สถานภาพ เกิดเมื่อ

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด สัญชาติ ไทย

* มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร นายทะเบียน

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 1 ก.ค. 2547

** ไปที่

กรณีเจ้าที่หน้าแจ้ง แนบเอกสารเพื่อยืนยันความสัมพันธ์