คำแนะนำการตอบแบบคำขอเอาประกันภัย	พื้นสีฟ้า	พื้นสีขาว	พื้นสีชมพู
แบบไม่มีคำถามสุขภาพ ตอบคำถามข้อ 1–6, ส่วนที่ 4–5	✓		
แบบมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น ตอบคำถามข้อ 1–14, ส่วนที่ 4–5	✓	✓	
แบบมีคำถามสุขภาพอย่างยาว ตอบคำถามข้อ 1 –19, ส่วนที่ 4–5	✓	✓	✓
ถ้ามีการซื้อสัญญาเพิ่มเติม ตอบคำถามข้อ 1 –19, ส่วนที่ 4–5	✓	✓	✓

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 02 650 1400 tokiomarine.com
เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103

TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ ตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป

ตัวแทน/นายหน้า	ใบอนุญาตเลขที่	รหัสตัวแทน	ใบอนุญาตติดต่อกับผู้ลงทุน
SK Life Broker	ช0002/2557	00019626	

เลขที่ **T1 00657832**

ชื่อหน่วย SK Life Broker รหัสหน่วย U1727

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายโตเกียว มารีน เพศ ☑ ชาย ☐ หญิง

ชื่อและนามสกุลเดิม - เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ชื่อภรรยา / สามี นางสุขใจ มารีน

สถานภาพ ☐ โสด ☑ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ 35 ปี เกิดวันที่ 1 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2529

เอกสารที่ใช้แสดง ☑ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) ☐ อื่น ๆ

เลขประจำตัวประชาชน หรือ เลขหนังสือเดินทางกรณีคนต่างด้าว 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9 0 - 1 2 - 3 วันหมดอายุ 28 ก.พ. 2567

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

สถานที่สะดวกติดต่อ	☑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	☐ สถานที่ทำงาน	☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
เลขที่ / หมู่ / บริษัท	1	1	1
หมู่บ้าน / อาคาร	หมู่บ้านมีสุข	หมู่บ้านมีสุข	หมู่บ้านมีสุข
ตรอก / ซอย	ซ.โชคชัย 9	ซ.โชคชัย 9	ซ.โชคชัย 9
ถนน	ถ.มีชัย	ถ.มีชัย	ถ.มีชัย
แขวง / ตำบล	ยานนาวา	ยานนาวา	ยานนาวา
เขต / อำเภอ	สาทร	สาทร	สาทร
จังหวัด	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ
รหัสไปรษณีย์	10120	10120	10120
โทรศัพท์	02-1111111	02-1111111	02-1111111
โทรศัพท์มือถือ	089-1234567	อีเมล	

3. อาชีพประจำ ธุรกิจส่วนตัว ตำแหน่ง เจ้าของกิจการ ลักษณะงานที่ทำ บริหารงาน

ลักษณะธุรกิจ ส่งออกผลไม้ รายได้ต่อปี 10,000,000 บาท

อาชีพอื่น (ถ้ามี) - ตำแหน่ง - ลักษณะงานที่ทำ -

ลักษณะธุรกิจ - รายได้ต่อปี - บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☑ ไม่ใช้ ☐ ใช้

4. รายละเอียด แบบประกันภัยและความคุ้มครอง และเงินคืนตามสัญญา

4.1 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☑ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

4.2 กรณีแบบประกันภัย มีเงินคืนตามสัญญา เลือก ☑ โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าบัญชี) ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ อื่น ๆ

(เลือกแบบประกันชีวิต ข้อ 4.3 หรือ 4.4 ข้อใดข้อหนึ่ง เพียงข้อเดียวเท่านั้น)

4.3 ☐ แบบกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน ให้ข้ามไปตอบคำถามตั้งแต่ข้อ 5 เป็นต้นไป และกรอกแบบฟอร์มรายละเอียดกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน

4.4 ☑ แบบการประกันชีวิต โตเกียว ซิมเพิล ไลฟ์ จำนวนเงินเอาประกันภัย 600,000 บาท

ระยะเวลาเอาประกันภัย 90 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 20 ปี เบี้ยประกันชีวิต 23,400 บาท

4.5 สัญญาเพิ่มเติม / ความคุ้มครอง

สัญญาเพิ่มเติม / ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัย

สัญญาเพิ่มเติม / ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัย

บริษัทสงวนสิทธิ์ที่จะแยกกรมธรรม์ได้โดยอัตโนมัติเพื่อให้จำนวนเงินเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม การยกเว้นการชำระเบี้ยประกันภัย (WP) เท่ากับเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยหลัก และแยกจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลักที่ไม่มีสัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นการชำระเบี้ยประกันภัย (WP) เป็นอีกกรมธรรม์หนึ่งโดยใช้ใบคำขอเอาประกันภัยฉบับเดียวกัน

APP-TA001

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุ

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯนี้ 23,400 บาท ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☐ บัตรเครดิต ☑ โอนเข้าบัญชีบริษัท

เลขที่ 1111111111 ชื่อบัญชี บมจ.โตเกียวมารีนประกันชีวิต ธนาคาร กรุงเทพฯ สาขา สีลม

ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย นายโตเกียว มารีน อายุ 35 ปี อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ความสัมพันธ์ ตนเอง

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นางสุขใจ มารีน	32	ภรรยา	ที่เดียวกับผอป.	100%

6. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ **มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☑ **ไม่มีความประสงค์**

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิมหรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8. ท่านมี หรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☑ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

9. ส่วนสูง 178 ซม. น้ำหนัก 69 กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☑ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน

โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย

11. ท่านเสพ หรือ เคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่

☑ ไม่เสพ/ไม่เคย

☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี

☐ เลิกเสพ เมื่อ.....

12. ท่านดื่ม หรือ เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☑ ไม่ดื่ม/ไม่เคย

☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี

☐ เลิกดื่ม เมื่อ.....

13. ท่านสูบ หรือ เคยสูบ บุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☑ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

14. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่นการเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น

☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)

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

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

16. ก. ท่านเคยมี หรือ กำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ การมองเห็นผิดปกติ	☐ เจ็บหรือแน่นหน้าอก	☐ ปวดท้องเรื้อรัง	☐ ปวดข้อเรื้อรัง
☐ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	☐ ใจสั่น	☐ ท้องมาน	☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
☐ ไอเรื้อรัง	☐ จ้ำเลือด	☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	☐ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ
☐ ไอเป็นเลือด	☐ มีพัฒนาการช้า	☐ ท้องเสียเรื้อรัง	☐ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก
☐ เหนื่อยง่ายผิดปกติ	☐ คลำพบก้อนเนื้อ	☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ	☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง

ข. อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ ท้องเดินเรื้อรัง ☐ น้ำหนักลด ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง ☐ ไข้เรื้อรัง

ค. เฉพาะสตรี ☐ กำลังตั้งครรภ์.....เดือน ☐ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
.....	.....	.....
.....	.....	.....

17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

18. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น หรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่

☑ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด บุคคลที่เป็น.....โรค.....อายุที่เริ่มเป็น.....

19. สามี/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่

☑ ไม่เป็น ☐ เป็น หากเป็นกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ( ) เป็นโรคเอดส์ (HIV) ( ) เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ

20. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

.....

ส่วนที่ 4 การให้ถ้อยแถลง รับรองสถานะและความยินยอมเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐฯ (กฎหมาย FATCA)

ถ้อยแถลง และรับรองสถานะ

ก. ข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่า **หากข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่มีข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐฯ** เช่น เกิดในประเทศสหรัฐฯ มี/เคยมีสัญชาติอเมริกัน ไม่ว่าจะได้มาจากทางใด มีที่อยู่ถาวร/ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่อยู่เพื่อการติดต่อ หรือ ที่อยู่ชั่วคราวในสหรัฐฯ หรือ พำนักในประเทศสหรัฐฯ เกินกว่า 183 วันในรอบปีปฏิทินที่ผ่านมา **ข้าพเจ้าจะแถลงข้อมูล ในข้อ ข. เพิ่มเติม** และจะปฏิบัติตามที่ระบุข้างท้าย

ข. ข้าพเจ้าขอแถลงเพิ่มเติมจากข้อ ก. ว่าข้าพเจ้าในฐานะบุคคลที่มีข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐฯ ตามข้อ ก.

☐ 1. ไม่มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรประเทศสหรัฐฯ และ ได้แนบ (1) แบบ W-8 BEN และ (2) เอกสารประกอบ/ชี้แจงเพิ่มเติม

☐ 2. มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรประเทศสหรัฐฯ และ ได้แนบ (1) เอกสาร W-9 หรือ (2) เอกสารยืนยันการเสียภาษี

ความยินยอมในการให้/แจ้งข้อมูล และรับทราบผลจากการไม่ให้/แจ้งข้อมูล

1. ข้าพเจ้าตกลงยินยอมที่จะ (1) แจ้งให้บริษัททราบหากข้อมูลใด ๆของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับสหรัฐฯ ตามกฎหมาย FATCA ที่เคยแจ้งไว้กับบริษัท รวมถึงข้อมูลที่ได้แถลงไว้ในข้อ ก. หรือ ข. มีการเปลี่ยนแปลง ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง (2) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือ และ (3) ให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
2. ในกรณีไม่ให้ความร่วมมือในการให้/แจ้งข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธการรับประกันภัยก่อนตกลงรับประกันภัย โดยบริษัทต้องมีหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้าส่งไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับไม่น้อยกว่า 30 วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือ เพื่อเป็นการแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบหรือให้ข้าพเจ้าได้แสดงหลักฐานโต้แย้ง

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทฯอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ บ้าน วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

1. หากผู้ขอเอาประกันภัยยกเลิกสัญญาประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับอาจต่ำกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไป
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง

ถ้อยแถลงของพยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของลูกค้าว่าถูกต้องเป็นจริง

ลงชื่อ นางสาวมีใจ สมสุข
(SK Life Broker - Meejai - 00011111)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

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

ลงชื่อ โตเกียว มารีน (ลายเซ็นต์)
(นายโตเกียว มารีน)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ .....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา / มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)