

อารมณ์ดี...เพราะมีความสุข



สมาร์ทบำนาญ60 **พลัส A100/2** (บำนาญแบบลดหย่อนได้)

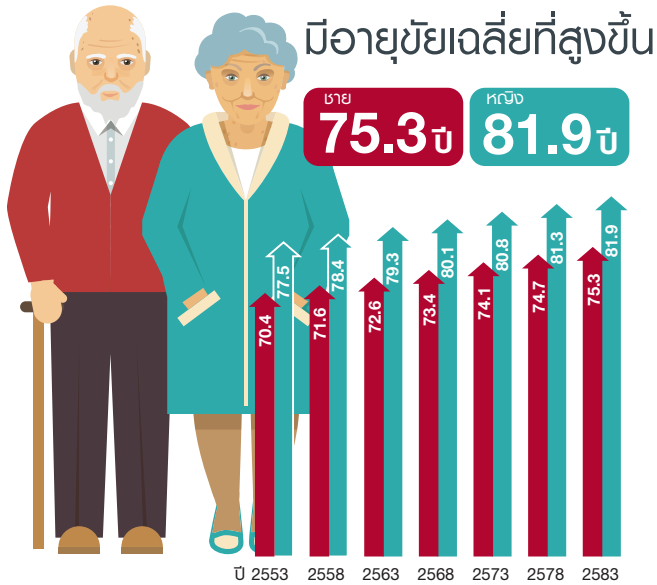
ชำระเบี้ยประกันภัย 2 ปี เริ่มรับเงินบำนาญตั้งปีที่ 5 หลังชำระเบี้ยฯ ปีแรก
รับยาวจนถึงอายุครบ 100 ปี

การนำเสนอแบบประกันผ่านสื่อการขายนี้ ต้องใช้เบี้ยประกันภัยจากตารางตัวอย่างเบี้ยประกันภัยในสื่อการขายนี้เท่านั้น

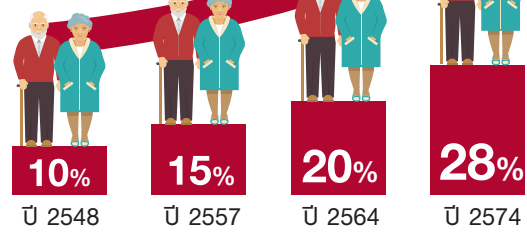
SAMSUNG
LIFE INSURANCE



สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย



ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



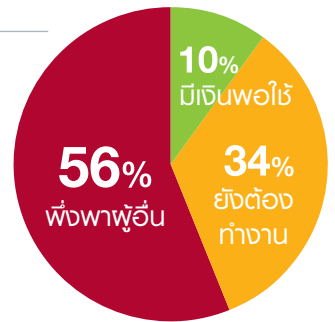
แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศ

มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

10%

เกษียณได้อย่างแท้จริง
โดยไม่เป็นการตนเอง
หรือเป็นการพึ่งผู้อื่น



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ต้องเตรียมอะไรเพื่อวัยเกษียณที่มีเงินพอใช้

ในวัยเกษียณมีค่าใช้จ่ายหลักๆ จะมีอยู่ 4 ด้าน โดยดูจากรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน



ค่ากินอยู่ทั่วไป

ค่าอุปโภคบริโภค เช่น ของกิน ของใช้
เสื้อผ้า ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ
ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าอินเทอร์เน็ต



ค่าบำรุงรักษาทรัพย์สิน

ค่าซ่อมแซมบ้าน ค่าบำรุงรักษารถ
ค่าต่อทะเบียน ค่าประกันภัยรถยนต์
ค่าซ่อมแซมเครื่องใช้ไฟฟ้า



ค่าสันทนาการ-ท่องเที่ยว

ค่ารับประทานอาหารนอกบ้าน
ค่าท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ



ค่าดูแลสุขภาพ

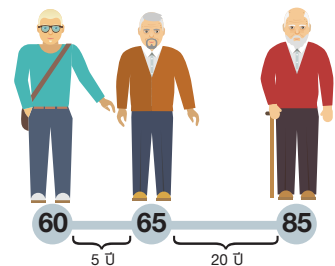
ค่าใช้จ่ายเพื่อการออกกำลังกาย
ค่าอาหารเสริม ค่าตรวจสุขภาพ
ค่ารักษาพยาบาล

ตัวอย่างการคำนวณค่าใช้จ่ายวัยเกษียณ

ลูกค้า เพศชาย อายุ 60 ปี ต้องการวางแผนเงินออม เพื่อให้เป็นค่าใช้จ่ายที่แน่นอน
สำหรับเป้าหมายเกษียณตอนอายุ 65 ปี เป็นระยะเวลา 20 ปี

ตารางค่าใช้จ่าย ณ ปัจจุบัน

ค่ากินอยู่ทั่วไป	ค่าบำรุงรักษาทรัพย์สิน	ค่าสันทนาการ-ท่องเที่ยว	ค่าดูแลสุขภาพ	รวม
9,000	3,000	4,000	4,000	ต่อเดือน 20,000
108,000	36,000	48,000	48,000	ต่อปี 240,000
20 ปี (240,000 x 20) = ต้องเตรียมเงิน 4,800,000 บาท				



คุณอัตราเงินเฟ้อ 3% ต่อปี

ในความเป็นจริงเรายังต้องคำนวณอัตราเงินเฟ้อ
ที่อาจเกิดขึ้นระยะเวลา 5 ปี ที่ต้องออม
จึงทำให้เป้าหมายจาก **4,800,000** บาท กลายเป็น

5,564,516 บาท

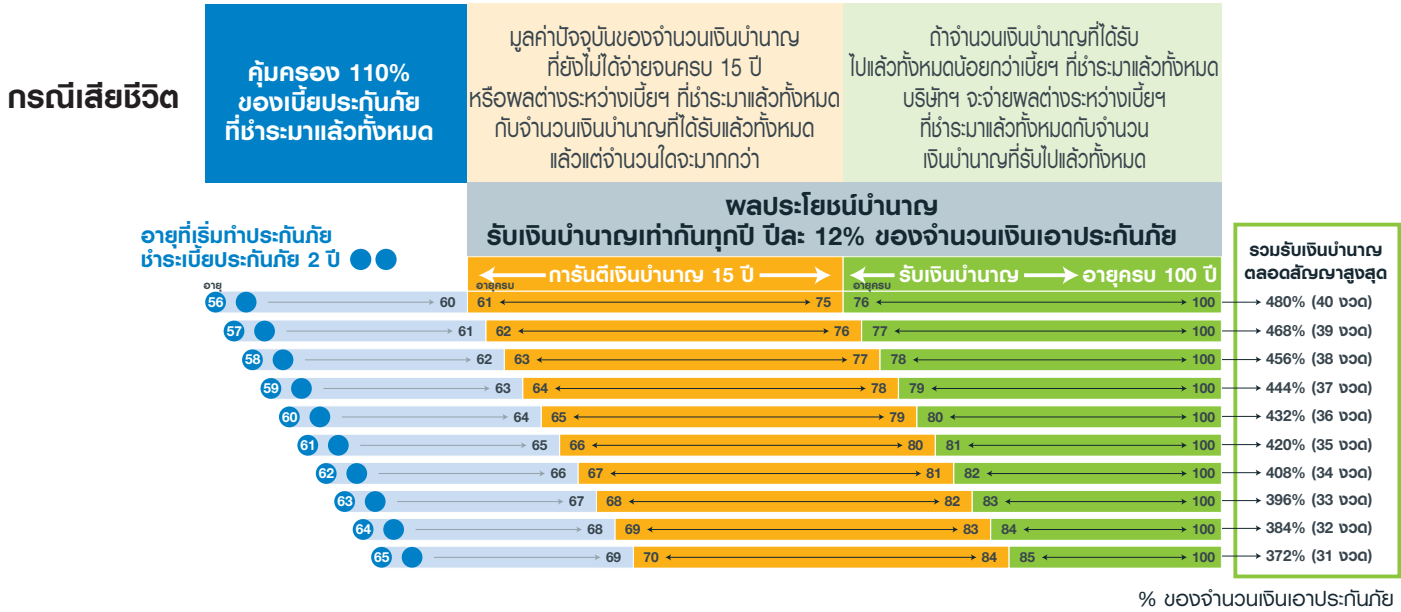
ที่คุณลูกค้าต้องมี ตอนอายุ 65 ปี

อย่าให้ค่าใช้จ่ายที่ไม่เร่งด่วนในวันนี้ กลายเป็นค่าใช้จ่ายที่เร่งด่วนในวันหน้า

สมาร์ทบํานาน60พลัส A100/2 (บํานานแบบลดหย่อนได้)

การันตีค่าใช้จ่ายวัยเกษียณที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าตั้งแต่วันนี้ ด้วยแบบประกันภัยที่ชำระเบี้ยสั้
หมดภาระด้านเบี้ยประกันภัยอย่างรวดเร็ว เพื่อการใช้ชีวิตช่วงเกษียณได้อย่างมั่นใจ

แผนภาพผลประโยชน์และความคุ้มครอง



- ชำระเบี้ยสั้ เพียง 2 ปี ก็หมดภาระด้านเบี้ยประกันภัย
- ช่วงก่อนรับเงินบํานาน รับความคุ้มครองชีวิต 110% ของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด
- รับเงินบํานาน 12% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ตั้งแต่วันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยที่ 5 จนถึงอายุครบ 100 ปี
- การันตีเงินบํานาน 15 ปี (หากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับเงินบํานานครบ 15 ปี บริษัทฯ จะจ่ายเงินบํานานเป็นจำนวนเดียว โดยมูลค่าจะเท่ากับมูลค่าปัจจุบันของจำนวนเงินบํานานที่ยังไม่ได้จ่ายจนครบ 15 ปี)
- รวมรับสูงสุด 480% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย (40 งวด) กรณีมีชีวิตอยู่จนอายุครบ 100 ปี
- ได้รับสิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสูงสุด 300,000 บาท (ตามประกาศกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ฉบับที่ 172 และ 194)

สรุปเงื่อนไขความคุ้มครองและผลประโยชน์

เงื่อนไข	สมาร์ทบํานาน60พลัส A100/2
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย	2 ปี
ระยะเวลาคุ้มครอง	คุ้มครองถึงอายุ 100 ปี
อายุรับประกันภัย	56 - 65 ปี

ผลประโยชน์ช่วงรับเงินบํานาน

อายุเริ่มรับเงินบํานาน	อายุครบ 61 ถึง 70 ปี (ดูตามแผนภาพผลประโยชน์และความคุ้มครอง)
ผลประโยชน์เงินบํานานต่องวด	12% (สูงสุด 480%) ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
จำนวนงวดที่รับเงินบํานาน	31 - 40 งวด (การันตี 15 งวด)

ผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต

กรณีเสียชีวิตก่อนรับเงินบํานาน	รับ 110% ของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด
กรณีเสียชีวิตช่วงรับเงินบํานาน ช่วงการันตีเงินบํานาน 15 ปี	มูลค่าปัจจุบันของจำนวนเงินบํานานที่ยังไม่ได้จ่ายจนครบ 15 ปี หรือผลต่างระหว่างเบี้ยฯ ที่ชำระมาแล้วทั้งหมดกับจำนวนเงินบํานานที่ได้รับแล้วทั้งหมดแล้วแต่จำนวนใดจะมากกว่า
กรณีเสียชีวิตช่วงรับเงินบํานาน หลังช่วงการันตีเงินบํานาน 15 ปี	ถ้าจำนวนเงินบํานานที่ได้รับไปแล้วทั้งหมดน้อยกว่าเบี้ยฯ ที่ชำระมาแล้วทั้งหมด บริษัทฯ จะจ่ายผลต่างระหว่างเบี้ยฯ ที่ชำระมาแล้วทั้งหมดกับจำนวนเงินบํานานที่ได้รับไปแล้วทั้งหมด

ตัวอย่างเบี้ยประกันภัย

แบบประกันสมารถบำนาญ60พลัส A100/2 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)

อายุ (ปี)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)									
	100,000		250,000		500,000		1,000,000		3,000,000	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
56	132,002	136,397	330,005	340,993	660,010	681,985	1,320,020	1,363,970	3,960,060	4,091,910
57	130,812	134,620	327,030	336,550	654,060	673,100	1,308,120	1,346,200	3,924,360	4,038,600
58	129,801	132,917	324,503	332,293	649,005	664,585	1,298,010	1,329,170	3,894,030	3,987,510
59	129,061	131,283	322,653	328,208	645,305	656,415	1,290,610	1,312,830	3,871,830	3,938,490
60	128,609	129,734	321,523	324,335	643,045	648,670	1,286,090	1,297,340	3,858,270	3,892,020
61	128,526	128,362	321,315	320,905	642,630	641,810	1,285,260	1,283,620	3,855,780	3,850,860
62	128,905	127,123	322,263	317,808	644,525	635,615	1,289,050	1,271,230	3,867,150	3,813,690
63	129,898	126,064	324,745	315,160	649,490	630,320	1,298,980	1,260,640	3,896,940	3,781,920
64	131,833	125,253	329,583	313,133	659,165	626,265	1,318,330	1,252,530	3,954,990	3,757,590
65	134,962	124,783	337,405	311,958	674,810	623,915	1,349,620	1,247,830	4,048,860	3,743,490

ข้อกำหนดการรับประกันภัย

- จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 50,000 บาท
- อายุรับประกันภัย 56 - 65 ปี
- ไม่ต้องแถลงสุขภาพ ไม่ต้องตรวจสุขภาพ และ ไม่ต้องตรวจ HIV ทุกราย
- ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมใดๆ รวมถึงไม่มีการประเมินสัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นชำระเบี้ยประกันภัย (WP)
- ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัยและไม่สามารถเพิ่ม/ลดจำนวนเงินเอาประกันภัยได้
- ชำระเบี้ยประกันภัย 2 ปี

หมายเหตุ • แบบประกันภัยนี้สามารถหักลดหย่อนภาษีได้ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด • ไม่รับชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตในทุกกรณี • เอกสารนี้ถือเป็นทรัพย์สินของบริษัทฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นเท็จ บริษัทฯ จะบอกกล่าวสัญญาภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือ วันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยเฉพาะส่วนที่เพิ่ม • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือ วันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยเฉพาะส่วนที่เพิ่ม บริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระให้แก่บริษัทฯ มาแล้วทั้งหมด โดยหักคืนหนี้สินทั้งหมด (ถ้ามี) • แถลงอายุคลาดเคลื่อน และอายุที่ถูกต้องอยู่นอกจำกัดอัตราเบี้ยประกันภัยตามค่าปกติของบริษัทฯ บริษัทฯ มีสิทธิบอกกล่าวสัญญาได้ • การนำส่งเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทฯ เป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น โดยท่านสามารถเลือกชำระเบี้ยประกันภัยได้ในช่องทางต่างๆ ดังนี้ 1. ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 2. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคาร เข้าบัญชี 3. ชำระด้วยเช็คหรือแคชเชียร์เช็ค 4. ชำระผ่านตู้ ATM 5. ชำระผ่าน internet banking/ Mobile Application 6. ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานใหญ่ของบริษัทฯ • ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์แล้ว โปรดศึกษารายละเอียด ข้อกำหนด และเงื่อนไขในกรมธรรม์

เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น พลประโยชน์ และเงื่อนไขต่างๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์
คำเตือน **ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตทุกครั้ง**

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

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ

(ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

☐ แบบไม่มีเงินปันผล (Non Par) ☐ แบบมีเงินปันผล (Par)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่_____

ชื่อตัวแทน / นายหน้า_____

ใบอนุญาตเลขที่_____ รหัส_____

ผู้บริหารตัวแทน_____ รหัส_____

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

ชื่อภรรยา/สามี _____ เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____

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 _____ ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

5. แบบประกันภัย _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท เบี้ยประกันภัย _____ บาท

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ราย 12 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 1 เดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี

กรณีมีเงินคืนตามสัญญา / เงินปันผล ขอเลือกรับเป็น (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง บริษัทฯ จะจ่ายเป็นเช็ค)

☐ เช็ค

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่ _____ (กรุณาแนบสำเนาบัญชีออมทรัพย์)

☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม (เฉพาะแบบประกันที่มีเงินปันผล (Par) เท่านั้น)

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอ _____ บาท

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ (แนบใบ pay - in)

☐ เช็คธนาคาร เลขที่ _____ ลงวันที่ _____

☐ บัตรเครดิต เลขที่ _____

ชื่อเจ้าของบัตร _____

ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

6. ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

(ชื่อ-นามสกุลเดิม _____) เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ อาชีพ _____

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

ส่วนที่ 2 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หรือ ☐)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มีโปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุหมายเลขประจำตัวเสียภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา (US TIN) _____

2. คำยินยอมและข้อตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

• ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

• ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

• ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา 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 บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 3 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

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) _____

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ) _____

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา / มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีมีการแก้ไข ชัดว่า ขาดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

(2/2)