

# การกรอกใบคำขอเอาประกันภัย

CHUBB®



Chubb  
Life

บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน)  
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431  
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 <http://life.chubb.com/th>

## ใบคำขอเอาประกันชีวิต

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

☐ แบบตรวจสุขภาพ ☐ แบบไม่ตรวจสุขภาพ

|                                                                |                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้เยาว์<br>อายุต่ำกว่า 16 ปี                                  | <input type="checkbox"/> แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ A 6, 7)<br><input type="checkbox"/> แบบมีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 2, 3, 6, 7) | ผู้ขอเอาประกัน<br>อายุ 16 ปีขึ้นไป                             | <input type="checkbox"/> แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 6, 7)<br><input type="checkbox"/> แบบมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น (ตอบคำถามส่วนที่ B 3, 6, 7)<br><input type="checkbox"/> แบบมีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 3, 4, 6, 7) |
| ข้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ย : ตอบคำถามส่วนที่ 4 เพิ่มเติม    |                                                                                                                                                    | ข้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ : ตอบคำถามส่วนที่ 5 เพิ่มเติม |                                                                                                                                                                                                                                       |
| ข้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ : ตอบคำถามส่วนที่ 5 เพิ่มเติม |                                                                                                                                                    | ข้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ : ตอบคำถามส่วนที่ 5 เพิ่มเติม |                                                                                                                                                                                                                                       |

คำเตือนของ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

### แบบสะสมทรัพย์ 15 สมาร์ท แพลน

- อายุต่ำกว่า 16 ปี : ตอบแบบคำถาม A : ส่วนที่ 1,2,3,6,7
- อายุ 16 ปีขึ้นไป : ตอบแบบคำถาม B : ส่วนที่ 1,3,4,6,7

แบบชั่วระยะเวลา (แพคเกจ)

แบบตลอดชีพ (แพคเกจ)

- ตอบแบบคำถาม B + C : ส่วนที่ 1,3,4,5,6,7

# ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

15 สมาร์ท แพลน

| <p>1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายเอนก มีประกัน</p> <p>ชื่อและนามสกุลเดิม -</p> <p>เพศ <input checked="" type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย</p> <p>เกิดวันที่ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2527 อายุ 35 ปี</p> <p>สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input checked="" type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า</p> <p>ชื่อภรรยา /สามี นางเอมมิกา มีประกัน</p>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>เอกสารที่ใช้แสดงตน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่</p> <p><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"/></p> <p>หมดอายุวันที่ 18 ตุลาคม 2568</p> |              |                       |                             |                                                            |           |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| <p>2. ที่อยู่และที่ทำงาน</p> <p>2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ 9 หมู่บ้าน/อาคาร พฤษภา</p> <p>หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... วัดเวฬุวนาราม ถนน ..... สรงประภา</p> <p>แขวง/ตำบล ..... สีกัน เขต/อำเภอ ..... ดอนเมือง</p> <p>จังหวัด ..... กทม. รหัสไปรษณีย์ 10210</p> <p>2.2 สถานที่ทำงาน บจ. AAA ก่อสร้าง</p> <p>อาคาร ..... AAA ทาวเวอร์ เลขที่ 132 หมู่ที่ .....</p> <p>ตรอก/ซอย ..... - ถนน ..... วิภาวดีรังสิต</p> <p>แขวง/ตำบล ..... จตุจักร เขต/อำเภอ ..... จตุจักร</p> <p>จังหวัด ..... กทม. รหัสไปรษณีย์ 10900</p>                                                      | <p>2.3 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 9 หมู่บ้าน/อาคาร พฤษภา</p> <p>หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... วัดเวฬุวนาราม ถนน ..... สรงประภา</p> <p>แขวง/ตำบล ..... สีกัน เขต/อำเภอ ..... ดอนเมือง</p> <p>จังหวัด ..... กทม. รหัสไปรษณีย์ 10210</p> <p>2.4 หมายเลขโทรศัพท์</p> <p>บ้าน 02-1199900 มือถือ 083-1111000</p> <p>ที่ทำงาน 02-1234567 อีเมล anek19@gmail.com</p> <p>2.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                       |                             |                                                            |           |         |
| <p>3. อาชีพประจำ พนักงานบริษัท ตำแหน่ง วิศวกรโยธา ลักษณะงานที่ทำ ควบคุมงานก่อสร้าง</p> <p>ลักษณะธุรกิจ รับเหมาก่อสร้างครบวงจร รายได้ต่อปี 1,200,000 บาท</p> <p>อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท</p> <p>ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท</p> <p>ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่</p>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                       |                             |                                                            |           |         |
| <p>4. แบบประกันภัย สัญญาเพิ่มเติม การชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินผลประโยชน์</p> <p>4.1 แบบประกันภัย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>แบบประกันภัย</th> <th>จำนวนเงินเอาประกันภัย</th> <th>เบี้ยประกันภัยที่ชำระ (บาท)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 15 สมาร์ท แพลน (15SPS)</td> <td>1,000,000</td> <td>146,000</td> </tr> </tbody> </table> <p>แบบประกันภัยชนิด <input type="checkbox"/> มีเงินปันผล <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล ระยะเวลาเอาประกันภัย 21 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 15 ปี</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | แบบประกันภัย | จำนวนเงินเอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัยที่ชำระ (บาท) | <input checked="" type="checkbox"/> 15 สมาร์ท แพลน (15SPS) | 1,000,000 | 146,000 |
| แบบประกันภัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | จำนวนเงินเอาประกันภัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | เบี้ยประกันภัยที่ชำระ (บาท)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                       |                             |                                                            |           |         |
| <input checked="" type="checkbox"/> 15 สมาร์ท แพลน (15SPS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1,000,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 146,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                       |                             |                                                            |           |         |

15 สมาร์ท แพลน

#### 4.2 สัญญาเพิ่มเติม

| สัญญาเพิ่มเติม                                                     | จำนวนเงิน<br>เอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย<br>ที่ชำระ | สัญญาเพิ่มเติม           | จำนวนเงิน<br>เอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย<br>ที่ชำระ |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> ชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สว.) พิต (HBF) | <b>X</b>                  |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |
| <input type="checkbox"/> การประกันภัยโรคภัยร้ายแรง 10 โรค (DDIO)   |                           |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |
| <input type="checkbox"/>                                           |                           |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |
| <input type="checkbox"/>                                           |                           |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |

4.3 การชำระเบี้ย งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☒ รายปี  
 เบี้ยประกันภัยรวม **146,000** บาท จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้ **146,000** บาท ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☒ บัตรเครดิต  
☐ โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่..... ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....  
 ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ **610218**  
 ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย..... นายเอนก มีประกัน..... ความสัมพันธ์..... ตนเอง

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรกผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับ

#### 4.4 การรับเงินผลประโยชน์

ถ้ามีเงินปันผล / เงินคืนตามสัญญาเลือก (หากไม่เลือกวิธีใด  
☒ ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค / ตัวแลกเงิน ☐ นำไปชำระ  
 กรณีที่ขอรับเป็นเงินสด และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอก  
 ชำนาญในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / ผู้ให้ความยินยอม มีความป  
 ประกันภัยทั้งหมด รวมทั้งเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกินเข้าบัญชีธนาคารชำหน้า ยกเว้น  
 เบี้ยประกันภัยกรณียกเลิกการทำประกันหรือบริษัทไม่สามารถรับประกันภัย (บริษัทจะจ่ายให้เป็นเช็ค / ตัวแลกเงิน)

- ☐ เช็ค (ตราฟ กรณีต่างจังหวัด)
- ☐ นำไปหักค่าเบี้ยในงวดถัดไป
- ☐ ผักสะสมไว้กับบริษัท ได้ดอกเบี้ย **2%**
- ☐ เงินสด/โอนเข้าบัญชี (แนบสำเนาสมุดเงินฝาก)

ชื่อเจ้าของบัญชี..... นายเอนก มีประกัน..... บัญชีเลขที่..... **391-009900-5**  
 ประเภท ☒ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ธนาคาร..... ไทยพาณิชย์..... ☐ สำนักงานใหญ่ ☒ สาขา..... ดอนเมือง  
☒ แนบสำเนานำสมุดเงินฝากออมทรัพย์ หรือ Statement บัญชีกระแสรายวัน ที่ปรากฏชื่อ เลขที่บัญชีของชำหน้า

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ผู้รับประโยชน์ต้องเป็นบุคคลเดียวกับ  
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้เยาว์เท่านั้น)

| ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ | อายุ (ปี) | ความสัมพันธ์ | ควรเป็น <b>5</b> คนนี้ก่อน | ผลของผลประโยชน์ |
|------------------------------|-----------|--------------|----------------------------|-----------------|
| นางเอนมิกา มีประกัน          | 32        | ภรรยา        | สามี ภรรยา บุตร พ่อ แม่    | 50%             |
| ด.ช.อัศรภูมิ มีประกัน        | 3         | บุตร         | ตามที่อยู่ปัจจุบัน         | 50%             |
|                              |           |              | ตามที่อยู่ปัจจุบัน         |                 |
|                              |           |              |                            |                 |

# ส่วนที่ 1

## คำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

แบบตลอดชีพ  
(ແພດເຈາ)

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายเอนก มีประกัน  
ชื่อและนามสกุลเดิม -  
เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย  
เกิดวันที่ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2527 อายุ 35 ปี  
สถานภาพ ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า  
ชื่อภรรยา /สามี นางเอมมิกา มีประกัน

เอกสารที่ใช้แสดงตน

☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่

หมดอายุวันที่ 18 ตุลาคม 2568

### 2. ที่อยู่และที่ทำงาน

2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ 9 หมู่บ้าน/อาคาร พงษ์เกษ  
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย วัดเวฬุวนาราม ถนน สรวงประภา  
แขวง/ตำบล สีกัน เขต/อำเภอ ดอนเมือง  
จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10210

2.2 สถานที่ทำงาน บจ. AAA ก่อสร้าง  
อาคาร AAA ทาวเวอร์ เลขที่ 132 หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย - ถนน วิภาวดีรังสิต  
แขวง/ตำบล จตุจักร เขต/อำเภอ จตุจักร  
จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10900

2.3 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 9 หมู่บ้าน/อาคาร พงษ์เกษ  
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย วัดเวฬุวนาราม ถนน สรวงประภา  
แขวง/ตำบล สีกัน เขต/อำเภอ ดอนเมือง  
จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10210

### 2.4 หมายเลขโทรศัพท์

บ้าน 02-1199900 มือถือ 083-1111000  
ที่ทำงาน 02-1234567 อีเมล anek19@gmail.com

### 2.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ

☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☒ ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำ พนักงานบริษัท ตำแหน่ง วิศวกรโยธา ลักษณะงานที่ทำ ควบคุมงานก่อสร้าง  
ลักษณะธุรกิจ รับเหมาก่อสร้างครบวงจร รายได้ต่อปี 1,200,000 บาท  
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) .....ตำแหน่ง .....ลักษณะงานที่ทำ .....  
ลักษณะธุรกิจ .....รายได้ต่อปี .....บาท  
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ใช่ ☒ ไม่ใช่

### 4. แบบประกันภัย สัญญาเพิ่มเติม การชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินผลประโยชน์

4.1 แบบประกันภัย .....จำนวนเงินเอาประกันภัย .....เบี้ยประกันภัยที่ชำระ (บาท)  
☒ โฉน์ โพรเทคเตอร์ 90/20 (20LPS) .....1,000,000.....

แบบประกันภัยชนิด ☐ มีเงินปันผล ☒ ไม่มีเงินปันผล ระยะเวลาเอาประกันภัย 55 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 20 ปี

แบบตลอดชีพ  
(ແພດເກຈ)

4.2 สัญญาเพิ่มเติม

| สัญญาเพิ่มเติม                                                                | จำนวนเงิน<br>เอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย<br>ที่ชำระ | สัญญาเพิ่มเติม           | จำนวนเงิน<br>เอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย<br>ที่ชำระ |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สว.) ฟิต (HBF) | 2,000                     |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> การประกันภัยโรคภัยแรง 10 โรค (DDIO)       | 2,000,000                 |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |
| <input type="checkbox"/>                                                      |                           |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |
| <input type="checkbox"/>                                                      |                           |                           | <input type="checkbox"/> |                           |                           |

4.3 การชำระเบี้ย งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☒ รายปี  
เบี้ยประกันภัยรวม 29,690 บาท จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้ 29,690 บาท ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☒ บัตรเครดิต  
☐ โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่..... ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....  
ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ 610218  
ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....นายเอนก มีประกัน.....ความสัมพันธ์.....ตนเอง

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรกผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

4.4 การรับเงินผลประโยชน์ ถ้ามีเงินปันผล / เงินคืนตามสัญญาเลือก (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งบริษัทจะจ่ายเงินเป็นเช็ค / ตัวแลกเงิน)  
☐ ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค / ตัวแลกเงิน ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม

กรณีที่ขอรับเป็นเงินสด และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกรายละเอียดเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกัน / ผู้ให้ความยินยอม มีความประสงค์ให้บริษัทดำเนินการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์  
ประกันภัยทั้งหมด รวมทั้งเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกินเข้าบัญชีธนาคารข้าพเจ้า ยกเว้น เงินสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิต และกรณีการคืนเงิน  
เบี้ยประกันกรณียกเลิกการทำประกันหรือบริษัทไม่สามารถรับประกันภัย (บริษัทจะจ่ายให้เป็นเช็ค / ตัวแลกเงิน)

ชื่อเจ้าของบัญชี.....บัญชีเลขที่.....  
ประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ธนาคาร..... ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา.....  
☐ แนบสำเนาหน้าสมุดเงินฝากออมทรัพย์ หรือ Statement บัญชีกระแสรายวัน ที่ปรากฏชื่อ เลขที่บัญชีของข้าพเจ้า

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ผู้รับประโยชน์ต้องเป็นบุคคลเดียวกับ  
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้เยาว์เท่านั้น)

| ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ | อายุ (ปี) | ความสัมพันธ์ | ที่อยู่            | ร้อยละของผลประโยชน์ |
|------------------------------|-----------|--------------|--------------------|---------------------|
| นางเอมมิกา มีประกัน          | 32        | ภรรยา        | ตามที่อยู่ปัจจุบัน | 50%                 |
| ด.ช.อัศรภูมิ มีประกัน        | 3         | บุตร         | ตามที่อยู่ปัจจุบัน | 50%                 |
|                              |           |              |                    |                     |
|                              |           |              |                    |                     |

## ส่วนที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ย กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 16 ปี)

15 สมาร์ท แพลน  
กรณีผู้เยาว์

เฉพาะ **15** สมาร์ท แพลน

กรณีผู้ขอเอาประกันเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า **16** ปี)

6. ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย .....

ชื่อและนามสกุลเดิม.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ.....

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

ชื่อภรรยา /สามี.....

พ่อแม่ / ผู้แทนโดยชอบธรรม ต้องกรอกส่วนนี้

ในฐานะผู้ชำระเบี้ยให้บุตร/ผู้เยาว์

หมดอายุวันที่.....

7. ที่อยู่และที่ทำงาน

7.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

7.2 สถานที่ทำงาน.....

อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

7.3 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

7.4 หมายเลขโทรศัพท์

บ้าน ..... มือถือ.....

ที่ทำงาน..... อีเมล.....

7.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ

☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

8. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....

ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

# ส่วนที่ 3

## คำถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป

|                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                             |                           |               |                |                   | ผู้ขอเอาประกันภัย                                                                                     | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|---------------------------|---------------|----------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่                                                                                                               |              |                             |                           |               |                |                   | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input checked="" type="checkbox"/> มี โปรดระบุ                     | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ                     |
| ข้อมูลของ                                                                                                                                                                                                                                           | บริษัท       | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) |                           |               | เงินชดเชย      | ขณะนี้สัญญา       |                                                                                                       |                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |              | ชีวิต                       | โรคร้ายแรง                | อุบัติเหตุ    | รายวัน         | มีผลบังคับหรือไม่ |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ขอเอาประกันภัย                                                                                                                                                                                                                                   | AIA          | 200,000                     |                           | 200,000       |                | มี                |                                                                                                       |                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | ไทยประกัน    | 300,000                     |                           | 300,000       |                | มี                |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                                                                                                                                                                               |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| 10. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่                                         |              |                             |                           |               |                |                   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ                   | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ                   |
| ข้อมูลของ                                                                                                                                                                                                                                           | บริษัท       | สาเหตุ                      | เมื่อใด                   |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ขอเอาประกันภัย                                                                                                                                                                                                                                   |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                                                                                                                                                                               |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| 11. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่                                                                                                                                                               |              |                             |                           |               |                |                   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย                            | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย                            |
| 12. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่                                                                                                                                                                                                 |              |                             |                           |               |                |                   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เสพ / ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เสพ / เคยเสพ โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> ไม่เสพ / ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เสพ / เคยเสพ โปรดระบุ |
| ข้อมูลของ                                                                                                                                                                                                                                           | ชนิด         | ปริมาณ (ต่อครั้ง)           | ความถี่ (ครั้งต่อสัปดาห์) | เสพมานาน (ปี) | เลิกเสพยาเมื่อ |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ขอเอาประกันภัย                                                                                                                                                                                                                                   |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                                                                                                                                                                               |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| 13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือไม่ |              |                             |                           |               |                |                   | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เป็น<br><input type="checkbox"/> เป็น โปรดระบุ                 | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น<br><input type="checkbox"/> เป็น โปรดระบุ                 |
| ข้อมูลของ                                                                                                                                                                                                                                           | บุคคลที่เป็น | โรค                         | อายุที่เริ่มเป็น          |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ขอเอาประกันภัย                                                                                                                                                                                                                                   |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                                                                                                                                                                               |              |                             |                           |               |                |                   |                                                                                                       |                                                                                            |

|                                                                                         |                          |                          |  |                                                                                          |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 14. ภรรยา /สามีของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่ (เป็นโรคไม่ต้องกรอก) |                          |                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เป็น<br><input type="checkbox"/> เป็น<br>โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น<br><input type="checkbox"/> เป็น<br>โปรดระบุ |
| ข้อมูลของ                                                                               | เป็นโรคเอดส์ (HIV)       | เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ    |  |                                                                                          |                                                                               |
| ผู้ขอเอะประกันภัย                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                                                                                          |                                                                               |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                                                                                          |                                                                               |

  

|                                                                                  |                 |            |                             |                                                                                                                                       |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. น้ำหนัก และส่วนสูงในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ |                 |            |                             | น้ำหนัก.....กก.<br>ส่วนสูง.....ซ.ม.<br><input checked="" type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน<br><input type="checkbox"/> เปลี่ยน<br>โปรดระบุ | น้ำหนัก.....กก.<br>ส่วนสูง.....ซ.ม.<br><input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยน<br><input type="checkbox"/> เปลี่ยน<br>โปรดระบุ |
| ข้อมูลของ                                                                        | เพิ่มขึ้น (กก.) | ลดลง (กก.) | สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง |                                                                                                                                       |                                                                                                                            |
| ผู้ขอเอะประกันภัย                                                                |                 |            |                             |                                                                                                                                       |                                                                                                                            |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                            |                 |            |                             |                                                                                                                                       |                                                                                                                            |

  

|                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                        |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 16. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือ<br>ทูพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่โรคภัยแรงใดๆ<br>โปรดระบุรายละเอียด.....<br>..... |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> ใช่<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่<br>โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> ใช่<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่<br>โปรดระบุ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

  

|                                                                                                                                                                                                        |            |           |             |           |                       |                                                                                        |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจ<br>เพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือ<br>พิเศษอื่นๆ หรือไม่ |            |           |             |           |                       | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input checked="" type="checkbox"/> เคย<br>โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย<br>โปรดระบุ |
| ข้อมูลของ                                                                                                                                                                                              | ตรวจอะไร   | เมื่อใด   | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ | ข้อสังเกต<br>โดยแพทย์ |                                                                                        |                                                                             |
| ผู้ขอเอะประกันภัย                                                                                                                                                                                      | ตรวจสุขภาพ | มี.ค.2563 | รพ.วิภาวดี  | ปกติ      | ไม่มี                 |                                                                                        |                                                                             |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                                                                                                                                  |            |           |             |           |                       |                                                                                        |                                                                             |

  

|                                                                                                                                                      |       |                              |            |            |                                                                                        |                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 18. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์<br>การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่ |       |                              |            |            | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย<br>โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย<br><input type="checkbox"/> เคย<br>โปรดระบุ |
| ข้อมูลของ                                                                                                                                            | อาการ | วันเดือนปี<br>ที่รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |                                                                                        |                                                                             |
| ผู้ขอเอะประกันภัย                                                                                                                                    |       |                              |            |            |                                                                                        |                                                                             |
| ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย                                                                                                                                |       |                              |            |            |                                                                                        |                                                                             |

## ส่วนที่ 4

## คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

19. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☒ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ  
ชนิด.....เบียร์.....ปริมาณ.....2.....ขวดต่อครั้ง ความถี่.....2.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....10.....ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ.....
20. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☒ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุ  
ปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ.....
21. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  
☒ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ<br><input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา<br><input type="checkbox"/> โรคต้อหิน<br><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง<br><input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต<br><input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน<br><input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม<br><input type="checkbox"/> โรคชัก<br><input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ<br><input type="checkbox"/> โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด<br><input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง<br><input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ<br><input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง<br><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ<br><input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ<br><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด<br><input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร<br><input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี<br><input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ดีซ่าน<br><input type="checkbox"/> ม้ามโต<br><input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ<br><input type="checkbox"/> โรคไต<br><input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ<br><input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์<br><input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง<br><input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี<br><input type="checkbox"/> โรคเลือด<br><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน<br><input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต<br><input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ<br><input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง<br><input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง<br><input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)<br><input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย<br><input type="checkbox"/> โรคจิต<br><input type="checkbox"/> โรคประสาท<br><input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า<br><input type="checkbox"/> ดาวนซินโดรม |
| โรค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่า<br>ได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา<br>หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | การรักษาและอาการปัจจุบัน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | สถานพยาบาลที่รักษา<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

22. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☒ เคย/มี  
หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก<br><input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า<br><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด<br><input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก<br><input type="checkbox"/> ใจสั่น<br><input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด<br><input type="checkbox"/> ท้องมาน<br><input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ<br><input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง<br><input type="checkbox"/> จ้ำเลือด<br><input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ | <b>อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา</b><br><input checked="" type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย<br><input type="checkbox"/> น้ำหนักลด<br><input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง | <b>เฉพาะสตรี</b><br><input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์.....เดือน<br><input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร<br><input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด |
| อาการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | วัน / เดือน / ปีที่เริ่มมีอาการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | อาการปัจจุบัน                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                               |
| นอนไม่ค่อยหลับ อ่อนเพลีย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | มิ.ย.2563                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | อาการหายเป็นปกติ                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                               |

## ส่วนที่ 5 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

23. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☒ เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง<br><input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ<br><input checked="" type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน<br><input type="checkbox"/> ภูมิแพ้<br><input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน<br><input type="checkbox"/> นิ่ว<br><input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ<br><input type="checkbox"/> ลำไส้เลื่อน<br><input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร<br><input type="checkbox"/> ฝีคันทูดตร | <input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่<br><input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน<br><input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน<br>หรือทับเส้นประสาท<br><input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม<br><input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบ<br>หรือถูกเบียดทับ<br><input type="checkbox"/> ออทิสติก<br><input type="checkbox"/> สมาธิสั้น |
| โรค                                                                                                                                                                                                                                                                                   | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่า<br>ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา<br>หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)                                                                                                                                       | การรักษาและอาการปัจจุบัน                                                                                                                                                                                                                                           | สถานพยาบาลที่รักษา<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)                                                                                     |
| ปวดศีรษะไมเกรน                                                                                                                                                                                                                                                                        | ม.ย.2563 ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์                                                                                                                                                                                                          | ทานยา ออกกำลังกาย ปัจจุบันอาการเป็นปกติ                                                                                                                                                                                                                            | รพ.วิภาวดี                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                         |

24. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) .....

.....

.....

## ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะและการยินยอมตามกฎหมาย FATCA ของประเทศสหรัฐอเมริกา

### 1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี

☐ มีโปรตระกูล ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดแล้ว

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี ☐ มี

รับรองว่าสถานะเป็นคนอเมริกัน หรือไม่

ถ้าไม่เป็น : **ติ๊ก 3 ไม่**

### 2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัท ซันป์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ทั้งนี้การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

## ส่วนที่ 7 การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัย ประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกเวนภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะแจ้งเบี่ยงชี้อัตราเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ประสงค์จะให้บริษัทฯ แจ้งเบี่ยงชี้อัตราเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร หรือไม่?  
เพื่อใช้สิทธิลดหย่อนภาษี

2. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ (ถ้ามี) เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท ซันบ์ ไลฟ์ แอสซัวร์นซ์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ซันบ์ ไลฟ์ แอสซัวร์นซ์ จำกัด (มหาชน) จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
5. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ซันบ์ ไลฟ์ แอสซัวร์นซ์ จำกัด (มหาชน) จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ บริษัท..... วันที่ 1 เดือน พฤศจิกายน 2563 พ.ศ. ....

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ท่านกำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

**15 สมาร์ท แพลน**  
กรณีผู้ขอเอาประกันเป็นผู้เยาว์  
พ่อแม่หรือผู้แทนโดยชอบธรรม  
ต้องเซ็นยินยอมดังนี้

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

(ลงชื่อ) **เอนก มีประกัน**  
(นายเอนก มีประกัน)

ผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้ขอเอาประกันยังไม่บรรลุนิติภาวะ) ในฐานะ ☐ บิดา มารดา  
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีผู้เยาว์

ผู้ขอเอาประกันภัย

| พยาน / ตัวแทนหลัก / นายหน้า                                                                                                   | พยาน / ตัวแทนรอง / นายหน้า                                                                  | หน่วยตัวแทน                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ลงชื่อ..... นายภาคภูมิ ขาชประกัน</p> <p>(.....)</p> <p>ใบอนุญาตเลขที่ <b>6003004288</b></p> <p>รหัสตัวแทน/นายหน้า.....</p> | <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ใบอนุญาตเลขที่.....</p> <p>รหัสตัวแทน/นายหน้า.....</p> | <p>ชื่อหน่วย..... ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์</p> <p>รหัสหน่วย.....</p> <p>ชื่อผู้บริหารหน่วย.....</p> <p><input type="checkbox"/> สนง.ใหญ่ ชั้น..... <input type="checkbox"/> สาขา.....</p> <p><input type="checkbox"/> สนง.ตัวแทน.....</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์.....</p> |

## หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

CHUBB

Chubb  
Life

บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน)  
ทะเบียนเลขที่ 0107655003431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107655003431  
130-132 อาคารลิเม็กซ์ ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทร. 1293 โทรสาร 0-2876-3318 <http://life.chubb.com/th>

### หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายนางนางสาว..... อายุ..... ปี เจ้าของข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยผู้แทน  
โดยชอบธรรมของ..... (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้เอาประกันภัย") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ยื่นคำ  
ขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร หรือขอผ่านบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิทัลต่างๆ หรือขอคำรับรอง เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน  
ความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอ็กซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้องเป็นต้น  
หรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุของโรคต่างๆของข้าพเจ้าและผู้เอาประกันภัย รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก  
สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติสุขภาพ  
ในสิ่งทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันภัย และหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ  
จากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็น ผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือ  
มอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพัน  
ข้าพเจ้าและผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาชุดถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่า

ได้ยกเลิกแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ

|                                        |                           |
|----------------------------------------|---------------------------|
| ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจผู้ให้ความยินยอม | ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ |
| (.....)                                | (.....)                   |
| ลงชื่อ.....พยานตัวแทนฝ่ายหน้า          | ลงชื่อ.....พยาน           |
| (.....)                                | (.....)                   |

### หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายนางนางสาว..... อายุ..... ปี เจ้าของข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยผู้แทน  
โดยชอบธรรมของ..... (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้เอาประกันภัย") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ยื่นคำ  
ขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร หรือขอผ่านบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิทัลต่างๆ หรือขอคำรับรอง เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน  
ความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอ็กซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้องเป็นต้น  
หรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุของโรคต่างๆของข้าพเจ้าและผู้เอาประกันภัย รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก  
สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและผู้เอาประกันภัยเข้ารับการรักษา ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้าได้เจตนา  
ต้องการและยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติสุขภาพ  
ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและผู้เอาประกันภัยโดยสิ้นเชิงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันภัย และหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
ตามเงื่อนไขของประกันภัยของข้าพเจ้าและผู้เอาประกันภัยจากทางบริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและผู้เอาประกันภัยไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ  
จากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็น ผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือ  
ยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง และการกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพัน  
ผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาชุดถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่า  
มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ  
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

|                                        |                           |
|----------------------------------------|---------------------------|
| ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจผู้ให้ความยินยอม | ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ |
| (.....)                                | (.....)                   |
| ลงชื่อ.....พยานตัวแทนฝ่ายหน้า          | ลงชื่อ.....พยาน           |
| (.....)                                | (.....)                   |

# ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

## ค่าเบี้ยประกันภัยปีแรกงวดแรก

สามารถชำระเบี้ยประกันภัยผ่านนายหน้าประกันชีวิต โดยนายหน้าฯ จะออกใบรับเงินชั่วคราวให้ผู้ขอเอาประกันภัยเก็บไว้เป็นหลักฐาน โดยผู้ขอเอาประกันภัยสามารถชำระโดยทาง

- ธนาคาร ซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) สาขาธนบุรี เลขที่บัญชี 049-3-14385-7
- บัตรเครดิต
- เงินสด
- เช็คเดบิตพร้อมส่งจ่าย บริษัท ซีบีไอ แอสเชียนซ์ จำกัด (มหาชน) เท่านั้น

## ค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่อไป

- หักบัตรเครดิตอัตโนมัติ
- หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ
- ธนาคาร รายละเอียดตามใบแจ้งครบกําหนดชำระเบี้ยประกันภัย
- บัตรเครดิต
- เคาน์เตอร์เซอร์วิส ทั่วประเทศ
- เคาน์เตอร์บีซี และร้านค้าที่มีสัญลักษณ์ mPay
- ที่ทำการไปรษณีย์ที่มีสัญลักษณ์การรับชำระ (Pay at Post) ทุกแห่ง
- เคาน์เตอร์การเงิน บริษัท ซีบีไอ แอสเชียนซ์ จำกัด (มหาชน) ที่สำนักงานใหญ่และสาขา เวลาทำการ วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.30-17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

---

CHUBB®

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

CHUBB®

Chubb  
Life

บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน)  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431  
 130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 <http://life.chubb.com/th>

## ใบปะหน้านำส่งใบคำขอเอาประกันชีวิต

ชื่อโปรดเกอร์.....

เลขที่.....

| ลำดับที่ | ชื่อ-นามสกุล<br>ผู้ขอเอาประกันชีวิต | รายการเอกสารที่นำส่ง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | จำนวนเอกสาร<br>(แผ่น) |
|----------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1        | นายเอนก มีประกัน                    | <input checked="" type="checkbox"/> ใบคำขอเอาประกันภัย <input checked="" type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน<br><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง<br><input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงาน <input checked="" type="checkbox"/> ใบรับเงินชั่วคราว<br><input checked="" type="checkbox"/> หลักฐานการจ่ายเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิตด้วยเครื่อง EDC (เบี้ยฯ ปีแรก)<br><input checked="" type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิต (เบี้ยฯ ปีแรก)<br><input checked="" type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิตอัตโนมัติ (เบี้ยฯ ปีต่ออายุ)<br><input type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (เบี้ยฯ ปีต่ออายุ)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... |                       |
| 2        | นาย.....                            | <input type="checkbox"/> ใบคำขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน<br><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง<br><input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงาน <input type="checkbox"/> ใบรับเงินชั่วคราว<br><input type="checkbox"/> หลักฐานการจ่ายเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิตด้วยเครื่อง EDC (เบี้ยฯ ปีแรก)<br><input type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิต (เบี้ยฯ ปีแรก)<br><input type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิตอัตโนมัติ (เบี้ยฯ ปีต่ออายุ)<br><input type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (เบี้ยฯ ปีต่ออายุ)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....                                                                   |                       |
| 3        | นางสาว.....                         | <input type="checkbox"/> ใบคำขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน<br><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง<br><input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงาน <input type="checkbox"/> ใบรับเงินชั่วคราว<br><input type="checkbox"/> หลักฐานการจ่ายเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิตด้วยเครื่อง EDC (เบี้ยฯ ปีแรก)<br><input type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิต (เบี้ยฯ ปีแรก)<br><input type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัตรเครดิตอัตโนมัติ (เบี้ยฯ ปีต่ออายุ)<br><input type="checkbox"/> ชุดหนังสือยินยอมหักเบี้ยฯ ผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (เบี้ยฯ ปีต่ออายุ)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....                                                                   |                       |

CHUBB

Chubb  
Life

บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันซ์ จำกัด (มหาชน)  
เลขทะเบียนบริษัท/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107555000431  
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์ 1283 โทรสาร +662 675 3818 <http://life.chubb.com/th>

## ใบรับเงินชั่วคราว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ **R 610218**  
(ต้นฉบับสำหรับลูกค้า)

ข้าพเจ้า.....ได้รับเงินจาก.....  
เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยของผู้เอาประกันภัยชื่อ.....กับ บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันซ์ จำกัด (มหาชน)  
สำหรับใบคำขอฯ/กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....แบบประกันภัย.....  
งวดการชำระเบี้ย ☐ ปี ☐ 6 เดือน ☐ 3 เดือน ☐ เดือน จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

สำหรับการรับชำระเบี้ยประกันภัยรายใหม่ตามเงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว

☐ เพื่อสมัครทำประกันชีวิต.....บาท

สำหรับการรับชำระเบี้ยประกันภัยที่นอกเหนือจากเงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว

☐ เพื่อชำระประกันภัยอุบัติเหตุ ☐ ปีแรก ☐ ปีต่ออายุ ครบกำหนดชำระวันที่.....☐ เบี้ยเพิ่มเติมใบคำขอฯ รายใหม่.....บาท☐ งวดต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย.....บาท ครบกำหนดชำระวันที่.....☐ คืนเงินกู้ยืมอัตโนมัติ/ดอกเบี้ย.....บาท ครบกำหนดชำระวันที่.....☐ คืนเงินกู้ตามกรมธรรม์/ดอกเบี้ย.....บาท☐ เบี้ยเปลี่ยนแปลง/ต่ออายุกรมธรรม์.....บาท☐ อื่นๆ ระบุ.....

ชำระโดย : ☐ เงินสด.....บาท  
☐ เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท  
☐ บัตรเครดิต.....ธนาคาร.....จำนวนเงิน.....บาท  
☐ อื่นๆ.....

รวมจำนวนเงินที่ชำระทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน รหัสตัวแทน.....  
(พนักงานรับเงิน / ตัวแทนผู้รับมอบอำนาจ)

สาขา.....ผู้บริหาร.....

1. ใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้ จะถือว่าสิ้นผลทันทีเมื่อบริษัทได้ออกใบรับเงินเบี้ยประกันภัยให้เป็นหลักฐานแล้ว หรือบริษัทได้คืนเงินเบี้ยประกันภัยตามใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้แล้วกรณีเลิก หรือบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้เมื่อมีการชำระโดยเช็คหรือวิธีการชำระเงินอื่น ๆ
2. ในกรณีที่การชำระเบี้ยประกันภัยตามใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้เป็นการชำระโดยเช็คลงวันที่ล่วงหน้า และบริษัทได้รับเช็คไว้ บริษัทไม่ถือว่าวันที่รับเช็คเป็นวันที่ผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยและไม่ถือเป็นการผ่อนผันเวลาการชำระเบี้ยประกันภัยแต่ประการใด แต่บริษัทจะถือว่าวันที่ผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัย
3. ในกรณีที่มีการชำระเบี้ยประกันภัยตามใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้ในขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยขาดอายุหรือเปลี่ยนแปลงเป็นกรมธรรม์ให้เงินค่าเสียหาย หรือกรมธรรม์ระยะเวลา จะไม่มีผลให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมีผลบังคับตั้งเดิมได้จนกว่าบริษัทจะอนุมัติให้ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ - สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตประเภทกลุ่มและกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลจะใช้เงื่อนไขใบรับเงินชั่วคราวในข้อที่ 1 และข้อที่ 2 เท่านั้น  
- การชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรก หากจ่ายเป็นเช็คต้องลงวันที่ตามใบคำขอฯ และเช็คสามารถเรียกเก็บเงินได้ทันที  
- ใบรับเงินชั่วคราว 1 ชุดใช้สำหรับการรับชำระเบี้ยประกันภัยต่อ 1 ใบคำขอฯ/กรมธรรม์ประกันภัย

ข้อแนะนำ 1. หากชำระเงินจำนวนตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไปควรชำระเป็นเช็ค  
2. ทุกครั้งที่ชำระเงินเป็นเช็ค ให้ขีดคร่อมส่งจ่าย บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันซ์ จำกัด (มหาชน) เท่านั้น  
3. หากท่านไม่ได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยภายใน 30 วันนับแต่วันรับใบรับเงินชั่วคราว โปรดติดต่อศูนย์ดูแลลูกค้า โทรศัพท์ 1283  
โปรดดูเงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว (สำหรับการรับชำระเบี้ยประกันภัยรายใหม่) ด้านหลัง

ใบรับเงินชั่วคราวนี้ใช้ได้ถึง

วันที่.....15 ม.ค. 2563.....เท่านั้น  
หากพ้นกำหนดดังกล่าวแล้ว ขอให้ผู้ชำระเงิน  
แจ้งตัวแทน เพื่อขอรับฉบับใหม่

CHUBB

บริษัท ชับบ์ โลฟี่ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน)

เลขทะเบียนบริษัท/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431

130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ : +662 615 6868 โทรสาร : +662 675 3821 www.chubb.com/th

หนังสือยินยอมให้ชำระเบี้ยประกันชีวิตผ่านบัตรเครดิต (ใช้ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว)

เลขที่

ตัดบัตรเครดิต ครั้งเดียว (ปีเดียว)

ข้าพเจ้า นาย /นาง / น.ส.

ประเภทบัตร

☐ VISA

☐ MASTER

☐ JCB

☐ AMEX

หมายเลขบัตรเครดิต

เดือนปีที่บัตรหมดอายุ

Token Code

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์ : (บิดา / มารดา / คู่สมรส / บุตร / พี่น้องร่วมบิดา มารดา)

บัตรประชาชนเลขที่ : /ว/ป.เกิด : สัญชาติ :

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : โทรศัพท์ :

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน) : โทรศัพท์ :

อาชีพ : สถานที่ทำงาน :

หมายเหตุ ชำระเบี้ย แทน โปรดแนบหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ : บัตรประชาชน / ทะเบียนบ้าน / เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

มีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันชีวิตของ : โปรดรับเงินชั่วคราว หรือ

กรมธรรม์เลขที่ : ให้แก่ บริษัท ชับบ์ โลฟี่ แอสซิวรันส์ จำกัด (มหาชน) โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตร

เครดิตของข้าพเจ้าเป็นจำนวนเงิน : บาท ( )

อนึ่ง เป็นที่ตกลงกันว่า หากมีการคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัย ให้บริษัทฯ คืนเงินแก่ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีกรมธรรม์เยาวชน

ลงชื่อ : เจ้าของบัตรเครดิต ลงชื่อ : ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย

( ) ( )

ลงชื่อ : ผู้ตรวจสอบลายเซ็นหลังบัตรเครดิตตัวจริง กรณีตัวแทนระบุรหัสตัวแทน : ( )

บริษัทฯ จะถือว่าได้รับการชำระเบี้ยประกันภัยจากท่าน เมื่อได้รับเงินจากสถาบันการเงินของท่านเรียบร้อยแล้ว

สำหรับ : บริษัทฯ / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ACEPHB170055T

CHUBB®

Chubb  
Life

บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชัวรันส์ จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ 0107555000431

130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 12 ถนนวิภาวดี แขวงจตุรัส เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ +662 815 6868 โทรสาร +662 675 3821 www.chubb.com/th

## หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจวดยกเว้นอุบัติเหตุบนรถจักรยานยนต์

วันที่ .....

เรียน บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชัวรันส์ จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า .....

ประเภทบัตร ☐ วิซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐

หมายเลขบัตร .....

Token Code .....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... ตรอกซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

ตัดบัตรเครดิต ปีต่อ\*อัตโนมัติ

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยบนรถจักรยานยนต์ ประสงค์สถานะความล้มเหลว: (บิดา / มารดา / คู่สมรส / บุตร / พี่น้องร่วมบิดามารดา)

บัตรประชาชนเลขที่ ..... วัตถุประสงค์ ..... สัญชาติ .....

ที่อยู่ทะเบียนบ้าน .....

อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตดังกล่าวข้างต้นของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัย บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชัวรันส์ จำกัด (มหาชน) ต่อไปนี้เรียกว่า "บริษัท" ตามกรมธรรม์ และ จำนวนเงินที่ปรากฏในรายละเอียดข้างต้น และนำเงินจำนวนที่หักได้ดังกล่าว โอนเข้าบัญชีของบริษัท ตามวันที่ที่บริษัท กำหนด โดยข้าพเจ้าตกลงให้ถือว่าบรรดาเอกสารต่าง ๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ / หรือ บริษัท ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตนั้น มีความถูกต้องทุกประการ

| กรมธรรม์เลขที่ | ชื่อผู้เอาประกันภัย | จำนวนเบี้ยฯ | บาท | ปี / 6 ต. / 3 ต. / 1 ต. |
|----------------|---------------------|-------------|-----|-------------------------|
| กรมธรรม์เลขที่ | ชื่อผู้เอาประกันภัย | จำนวนเบี้ยฯ | บาท | ปี / 6 ต. / 3 ต. / 1 ต. |
| กรมธรรม์เลขที่ | ชื่อผู้เอาประกันภัย | จำนวนเบี้ยฯ | บาท | ปี / 6 ต. / 3 ต. / 1 ต. |

ในการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่ บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชัวรันส์ จำกัด (มหาชน) นั้น จำนวนเงินที่หักจะเท่ากับจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระในแต่ละงวดต่าง ๆ ไปทุกงวด โดยยินยอมให้หักเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยก่อนถึงวันครบกำหนดชำระได้ไม่เกิน 30 วันของงวดครบกำหนดชำระเบี้ยแต่ละงวด จนกระทั่งบริษัท หยุดการเรียกเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าตามกฎเกณฑ์ของบริษัท ทั้งนี้บริษัท จะถือว่าได้รับชำระเบี้ยประกันภัยจำนวนดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว และมีผลให้กรมธรรม์ข้างต้นมีผลบังคับต่อไปต่อเมื่อสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถหักเงินจากวงเงินของบัญชีบัตรเครดิตที่มีเพียงพอในการหักบัญชีบัตรเครดิตในขณะนั้น และนำเงินเข้าบัญชีของบริษัท ยียบร้อยแล้ว หากปรากฏว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้ไม่ด้วยสาเหตุใดก็ตาม บริษัทฯ จะถือว่ายังไม่ได้รับชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ซึ่งมีบริษัทฯ ได้รับแจ้งจากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตถึงกรณีดังกล่าว บริษัทฯ จะติดต่อผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีกรมธรรม์ยาวนาน เพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป

ในกรณีเอกสารหลักฐานเลขที่บัญชีบัตรเครดิตดังกล่าวในวรรคข้างต้น หรือจำนวนเบี้ยประกันภัยได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ช้าโดยเหตุสุดโต่งตาม หนังสือฉบับนี้คงมีผลให้ใช้บังคับสำหรับหมายเลขบัญชีบัตรเครดิต หรือจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หักบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าตามความในหนังสือฉบับนี้เป็นไปตามคำร้องขอของข้าพเจ้า หากมีความเสียหายหรือความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตร หรือ บริษัทฯ อันเนื่องมาจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือ บริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

การให้เรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันทีตั้งแต่วันที่ส่งในหนังสือฉบับนี้เป็นต้นไป จนกว่าข้าพเจ้าจะมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นอย่างอื่นแจ้งให้บริษัทฯ ได้ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน

อนึ่ง เป็นที่ตกลงกันว่า หากมีการคืนเงินค่าเบี้ยประกันภัย ให้บริษัทฯ คืนเงินแก่ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในกรณีกรมธรรม์ยาวนาน และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตรวจสอบข้อมูลบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้น ..... ลงชื่อ ..... เจ้าของบริษัทบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม

แล้วว่าตรงกับข้อมูลบนบัตรเครดิตตัวจริง ..... ) ลงชื่อ ..... ) ลงชื่อตามตัวอย่างที่ให้ไว้ในบัตรเครดิต

ลงชื่อ ..... ตัวแทน ..... ลงชื่อ ..... ผู้เขียนกรมธรรม์ / ผู้ชำระเบี้ยฯ

( ) ( )

หมายเหตุ: ชำระเบี้ยฯ ทางไปรษณีย์ตามหลักฐานแสดงความสัมพันธ์: บัตรประชาชน / ทะเบียนบ้าน / เอกสารหลักฐานอื่น (ถ้ามี)

CHUBB®

Chubb  
Life

บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ 0-1075589000431

130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 12 ถนนวิบูลย์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ +662 615 1283 โทรสาร +662 676 3821 www.chubb.com/th

## หนังสือแจ้งความจำนงค์ชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ

บริษัทฯ ได้เปิดบริการรับชำระเบี้ยประกันภัย โดยการหักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (Automatic Debit) มาตั้งแต่ปี 2558 เพื่อความสะดวกแก่ลูกค้าและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โดยวิธีดังกล่าว กรุณากรอกแบบฟอร์ม และส่งมายังชื่อในหนังสือแจ้งความจำนงค์ชำระเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ ได้รับแจ้งยืนยันการชำระเงิน และเพื่อความสะดวกแก่ลูกค้าในการขอใช้บริการหักบัญชีเงินฝากจากธนาคาร

## หักบัญชีเงินฝาก ปีต่อ\*อัตโนมัติ

หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน สาขา.....

บัญชีเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....

ณ ธนาคาร.....สาขา.....

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

เป็นผู้ชำระประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กับ บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัทฯ" มีความประสงค์จะชำระเบี้ยประกันภัยให้กับบริษัทฯ โดยให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้าตามจำนวนเงินที่ปรากฏในข้อมูลระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ธนาคารได้รับจากบริษัทฯ และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัทฯ

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยให้กับบริษัทฯ ดังกล่าวหากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯแจ้งธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในข้อมูลระบบอิเล็กทรอนิกส์เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทฯโดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารคืนเงินที่ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกับบริษัทฯ ตลอดจนเบี้ยประกันภัยในข้อมูลระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ธนาคารได้รับจากบริษัทฯ และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอต่อการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น ในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้ จากสมุดบัญชี/Statement ของธนาคาร

ในกรณีของเอกสารหลักฐานเลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้นได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้จะมีผลใช้บังคับกับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ฉบับนี้ โดยบริษัทฯจะแจ้งขอความร่วมมือจากเจ้าหนี้ว่าจะทำการหักบัญชีให้ข้าพเจ้าทราบ และคงมีผลบังคับใช้ต่อไป จนกว่าข้าพเจ้าจะได้นำแจ้งยกเลิก โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัทฯทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(สถานที่ให้ไว้กับธนาคาร)

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารตรวจสอบถูกต้อง

ธนาคาร.....สาขา.....

ลงชื่อ.....

( )

หนังสือเพิ่มเติม

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กับบริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เจ้าของกรรมสิทธิ์

เลขที่.....อยู่ทำเนียบ

เพิ่มเติมและให้ไว้กับบริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน) ดังมีข้อความต่อไปนี้

**กรณีชำระเบี้ยประกันภัยหนี้ผู้เอาประกันภัย**

โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์.....(บิดา / มารดา / คู่สมรส / บุตร / พี่น้องร่วมบิดามารดา) มีทะเบียนราษฎรเลขที่.....

ว.ค.ป.เกิด.....สัญชาติ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน) แจ้งให้ธนาคารเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัย ซึ่งถึงกำหนดชำระของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ โดยหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรายละเอียดในหนังสือที่ข้างนี้

| กรมธรรม์เลขที่ | ชื่อ      | ชำระราย | 1 เดือน                  | 3 เดือน                  | 6 เดือน                  | 1 ปี                     |
|----------------|-----------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1).....        | ชื่อ..... | ชำระราย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2).....        | ชื่อ..... | ชำระราย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3).....        | ชื่อ..... | ชำระราย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ข้าพเจ้ายอมรับว่า หากธนาคารไม่สามารถหักบัญชีเงินฝากตามที่ตกลงไว้ได้ไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือเสมือนหนึ่งว่ากรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ยังไม่มีการชำระค่าเบี้ยประกันภัยเกิดขึ้น

3. หากข้าพเจ้ามีเงินกู้ตามกรมธรรม์ประกันภัย และหรือ ดอกเบี้ยเงินกู้ที่ข้าพเจ้าชำระกับบริษัท ข้าพเจ้าจะชำระตามวิธีที่ปรากฏในสัญญา โดยไม่ผ่านวิธีการหักบัญชีเงินฝากธนาคาร

4. ในกรณีที่ข้าพเจ้าชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือน หากธนาคารไม่สามารถหักบัญชีเงินฝากตามที่ตกลงไว้ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯเปลี่ยนแปลงงวดการชำระเบี้ยประกันภัยกลับคืนดังเดิม และถือว่าข้าพเจ้าชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือนผ่านบัญชีธนาคาร เป็นอันยกเลิกหรือเป็นไปตามที่บริษัทฯเห็นสมควรและให้เงินไปตามข้อกำหนดของกรมธรรม์ประกันภัยต่อไป

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงนามให้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ เดือน ปี ที่ระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยกรมธรรม์

( )

ลงชื่อ.....ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน

( )

# เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

## 1. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยรายวัน สูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุ

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
2. ใบรายงานของแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตามแบบฟอร์มของบริษัท (กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุสามารถใช้ในรายงานแพทย์ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทดแทนได้)
3. फिल्मเอกซเรย์หรือใบอ่านผลฟิล์ม กรณีกระดูกแตกหักหรือสูญเสียอวัยวะ (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และใบสรุปหน้าจบ (กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ)
6. สำเนานับที่ประจำวันเกี่ยวกับคดีจากตำรวจ (ถ้ามี)
7. เอกสารอื่นๆ เช่น ใบลางาน (ถ้ามี)

## 2. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
2. ใบรายงานของแพทย์ผู้ตรวจรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัท)
3. สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
4. เอกสารประกอบอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น फिल्मเอกซเรย์, ภาพถ่ายอาการปัจจุบัน, สำเนาประวัติการรักษา

## 3. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีมรณกรรม

1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีมรณกรรม พร้อมลงลายมือชื่อของผู้รับประโยชน์ทุกคน (ส่วนที่ 1)
2. ต้นฉบับใบมรณบัตร พร้อมสำเนา (รับรองสำเนาถูกต้อง) กรณีไม่สามารถนำต้นฉบับมาแสดงได้ให้นายทะเบียนรับรองสำเนา
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ที่มีการจำหน่าย "ตาย" พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
7. หนังสือยินยอมของผู้รับประโยชน์ หรือทายาท ในการเปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัท)
8. ใบรายงานแพทย์ กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
9. เอกสารอื่นๆ เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์, สำเนาสูติบัตรกรณีผู้เยาว์เป็นผู้รับประโยชน์และยังไม่มีบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้รับประโยชน์เป็นคู่สมรสของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)
10. กรมธรรม์ประกันชีวิต / ใบรับรองการเอาประกันภัย (กรณีสูญหายใช้ใบแจ้งความเอกสารหายแทน)

หมายเหตุ : การรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ ต้องทำโดยผู้รับประโยชน์ หรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์หากผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

กรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ เช่น จากอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ถูกสัตว์ทำร้าย หรือไม่ปรากฏสาเหตุต้องมีเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

1. สำเนานับที่ประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ
2. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพที่รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ
3. รายงานการตรวจศพ กรณีที่มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ถ้ามี)