

อารมณ์ดี...เพราะมีความสุข



สมาร์ทบำนาญ60 A100/2 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)

ชำระเบี้ยประกันภัย 2 ปี

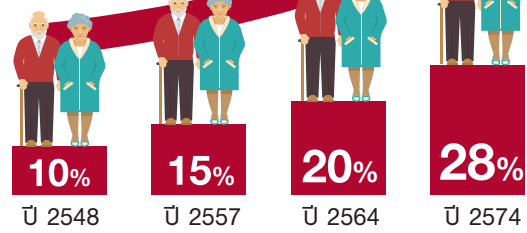
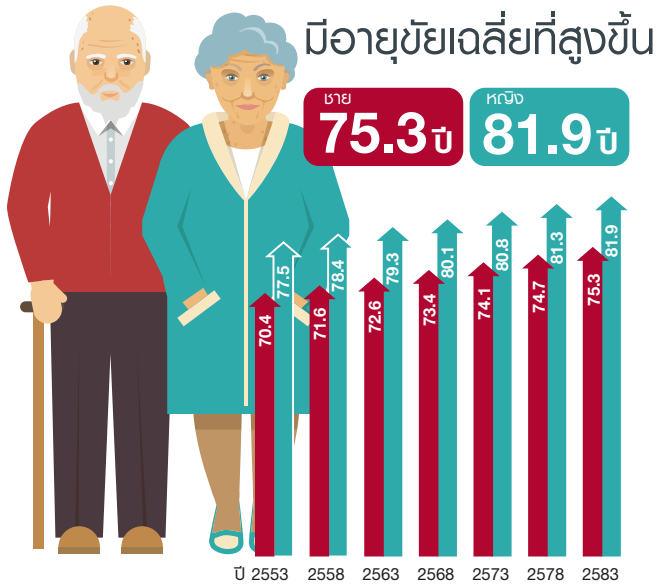
เริ่มรับเงินบำนาญ เมื่ออายุครบ 60 ปี จนถึงอายุครบ 100 ปี

การนำเสนอแบบประกันผ่านสื่อการขายนี้ ต้องใช้เบี้ยประกันภัยจากตารางตัวอย่างเบี้ยประกันภัยในสื่อการขายนี้เท่านั้น

SAMSUNG
LIFE INSURANCE



สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย



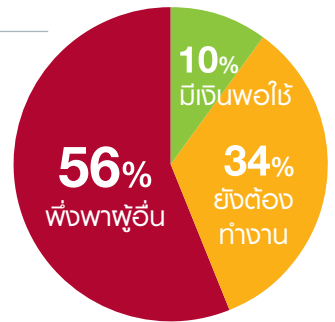
แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศ

มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

10%

เกษียณได้อย่างแท้จริง
โดยไม่เป็นการตนเอง
หรือเป็นการพัวพัน



ต้องเตรียมอะไรเพื่อวัยเกษียณที่มีเงินพอใช้

ในวัยเกษียณมีค่าใช้จ่ายหลักๆ จะมีอยู่ 4 ด้าน โดยดูจากรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน



ค่ากินอยู่ทั่วไป

ค่าอุปโภคบริโภค เช่น ของกิน ของใช้
เสื้อผ้า ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ
ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าอินเทอร์เน็ต



ค่าบำรุงรักษาทรัพย์สิน

ค่าซ่อมแซมบ้าน ค่าบำรุงรักษารถ
ค่าต่อทะเบียน ค่าประกันภัยรถยนต์
ค่าซ่อมแซมเครื่องใช้ไฟฟ้า



ค่าสันทนาการ-ท่องเที่ยว

ค่ารับประทานอาหารนอกบ้าน
ค่าท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ



ค่าดูแลสุขภาพ

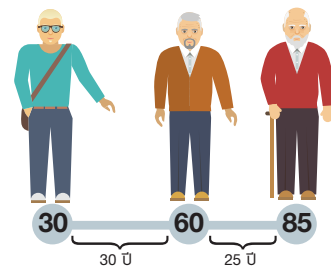
ค่าใช้จ่ายเพื่อการออกกำลังกาย
ค่าอาหารเสริม ค่าตรวจสุขภาพ
ค่ารักษาพยาบาล

ตัวอย่างการคำนวณค่าใช้จ่ายวัยเกษียณ

ลูกค่า เพศชาย อายุ 30 ปี วางแผนเก็บออม 30 ปี เพื่อจะเกษียณตอนอายุ 60 ปี
และเตรียมค่าใช้จ่ายในวัยเกษียณไปจนถึงอายุ 85 ปี

ตารางค่าใช้จ่าย ณ ปัจจุบัน

ค่ากินอยู่ทั่วไป	ค่าบำรุงรักษาทรัพย์สิน	ค่าสันทนาการ-ท่องเที่ยว	ค่าดูแลสุขภาพ	รวม
9,000	3,000	4,000	4,000	ต่อเดือน 20,000
108,000	36,000	48,000	48,000	ต่อปี 240,000
25 ปี (240,000 x 25) = ต้องเตรียมเงิน 6,000,000 บาท				



คุณอัตราเงินเฟ้อ 3% ต่อปี

ในความเป็นจริงเรายังต้องคำนวณอัตราเงินเฟ้อ
ที่อาจเกิดขึ้นระยะเวลา 30 ปี ที่ต้องออม
จึงทำให้เป้าหมายจาก **6,000,000 บาท** กลายเป็น

14,563,575 บาท

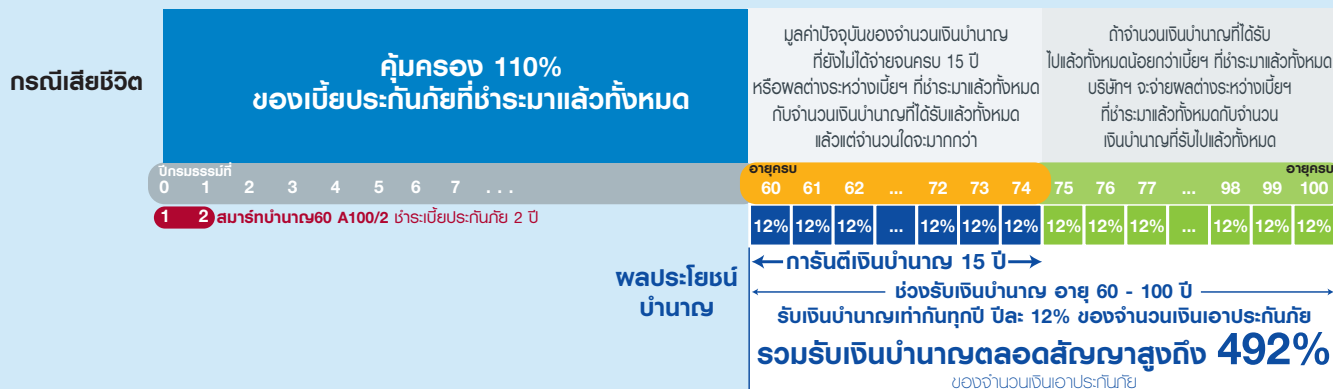
ที่คุณลูกค่าต้องมี ตอนอายุ 60 ปี

อย่าให้ค่าใช้จ่ายที่ไม่เร่งด่วนในวันนี้ กลายเป็นค่าใช้จ่ายที่เร่งด่วนในวันหน้า

สมาร์ทบำนาญ60 A100/2 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)

การันตีค่าใช้จ่ายวัยเกษียณที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าตั้งแต่วันนี้ ด้วยแบบประกันภัยที่ชำระเบี้ยสัปดาห์เดียว ประกันภัยอย่างรวดเร็ว เพื่อการใช้ชีวิตช่วงเกษียณได้อย่างมั่นใจ

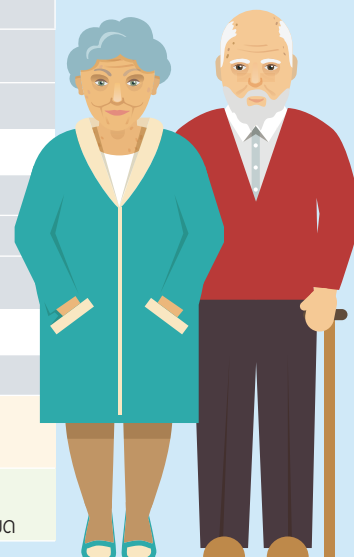
แผนภาพผลประโยชน์และความคุ้มครอง



- ชำระเบี้ยสัปดาห์เดียว เพียง 2 ปี ก็หมดภาระด้านเบี้ยประกันภัย
- ช่วงก่อนรับเงินบำนาญ รับความคุ้มครองชีวิต 110% ของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด
- รับเงินบำนาญ 12% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ณ ปีกรมธรรม์ที่ผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 60 ปี จนถึงอายุครบ 100 ปี
- การันตีเงินบำนาญ 15 ปี (หากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับเงินบำนาญครบ 15 ปี บริษัทฯ จะจ่ายเงินบำนาญเป็นจำนวนเดียว โดยมูลค่าจะเท่ากับมูลค่าปัจจุบันของจำนวนเงินบำนาญที่ยังไม่ได้จ่ายจนครบ 15 ปี)
- รวมรับสูงสุด 492% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย (41 งวด) กรณีมีชีวิตอยู่จนอายุครบ 100 ปี
- ได้รับสิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสูงสุด 300,000 บาท (ตามประกาศกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ฉบับที่ 172 และ 194)

สรุปเงื่อนไขความคุ้มครองและผลประโยชน์

เงื่อนไข	สมาร์ทบำนาญ60 A100/2
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย	2 ปี
ระยะเวลาคุ้มครอง	คุ้มครองถึงอายุ 100 ปี
อายุรับประกันภัย	20 - 55 ปี
ผลประโยชน์ช่วงรับเงินบำนาญ	
อายุเริ่มรับเงินบำนาญ	อายุครบ 60 ปี
ผลประโยชน์เงินบำนาญต่องวด	12% (สูงสุด 492%) ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
จำนวนงวดที่รับเงินบำนาญ	41 งวด (การันตี 15 งวด)
ผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต	
กรณีเสียชีวิตก่อนรับเงินบำนาญ	รับ 110% ของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด
กรณีเสียชีวิตช่วงรับเงินบำนาญ ช่วงการันตีเงินบำนาญ 15 ปี	มูลค่าปัจจุบันของจำนวนเงินบำนาญที่ยังไม่ได้จ่ายจนครบ 15 ปี หรือพลตายระหว่างเบี้ยที่ชำระมาแล้วทั้งหมดกับจำนวนเงินบำนาญที่ได้รับแล้วทั้งหมดแล้วแต่จำนวนใดจะมากกว่า
กรณีเสียชีวิตช่วงรับเงินบำนาญ หลังช่วงการันตีเงินบำนาญ 15 ปี	ถ้าจำนวนเงินบำนาญที่ได้รับไปแล้วทั้งหมดน้อยกว่าเบี้ยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด บริษัทฯ จะจ่ายพลตายระหว่างเบี้ยที่ชำระมาแล้วทั้งหมดกับจำนวนเงินบำนาญที่ได้รับไปแล้วทั้งหมด



ตัวอย่างเบี้ยประกันภัย แบบประกันสมาร์ทบ้านเลข60 A100/2 (บ้านเลขแบบลดหย่อนได้)

อายุ (ปี)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)							
	250,000		500,000		1,000,000		3,000,000	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
20	99,345	108,753	198,690	217,505	397,380	435,010	1,192,140	1,305,030
21	102,498	112,115	204,995	224,230	409,990	448,460	1,229,970	1,345,380
22	105,753	115,583	211,505	231,165	423,010	462,330	1,269,030	1,386,990
23	109,115	119,163	218,230	238,325	436,460	476,650	1,309,380	1,429,950
24	112,588	122,853	225,175	245,705	450,350	491,410	1,351,050	1,474,230
25	116,175	126,660	232,350	253,320	464,700	506,640	1,394,100	1,519,920
26	119,880	130,590	239,760	261,180	479,520	522,360	1,438,560	1,567,080
27	123,705	134,645	247,410	269,290	494,820	538,580	1,484,460	1,615,740
28	127,658	138,828	255,315	277,655	510,630	555,310	1,531,890	1,665,930
29	131,740	143,143	263,480	286,285	526,960	572,570	1,580,880	1,717,710
30	135,955	147,598	271,910	295,195	543,820	590,390	1,631,460	1,771,170
31	140,310	152,193	280,620	304,385	561,240	608,770	1,683,720	1,826,310
32	144,808	156,935	289,615	313,870	579,230	627,740	1,737,690	1,883,220
33	149,453	161,825	298,905	323,650	597,810	647,300	1,793,430	1,941,900
34	154,248	166,873	308,495	333,745	616,990	667,490	1,850,970	2,002,470
35	159,195	172,078	318,390	344,155	636,780	688,310	1,910,340	2,064,930
36	164,298	177,448	328,595	354,895	657,190	709,790	1,971,570	2,129,370
37	169,563	182,983	339,125	365,965	678,250	731,930	2,034,750	2,195,790
38	174,993	188,693	349,985	377,385	699,970	754,770	2,099,910	2,264,310
39	180,590	194,578	361,180	389,155	722,360	778,310	2,167,080	2,334,930
40	186,355	200,670	372,710	401,340	745,420	802,680	2,236,260	2,408,040
41	192,293	206,995	384,585	413,990	769,170	827,980	2,307,510	2,483,940
42	198,433	213,573	396,865	427,145	793,730	854,290	2,381,190	2,562,870
43	204,823	220,445	409,645	440,890	819,290	881,780	2,457,870	2,645,340
44	211,518	227,685	423,035	455,370	846,070	910,740	2,538,210	2,732,220
45	218,568	235,638	437,135	471,275	874,270	942,550	2,622,810	2,827,650
46	226,103	244,133	452,205	488,265	904,410	976,530	2,713,230	2,929,590
47	234,650	253,063	469,300	506,125	938,600	1,012,250	2,815,800	3,036,750
48	244,188	262,398	488,375	524,795	976,750	1,049,590	2,930,250	3,148,770
49	254,340	272,298	508,680	544,595	1,017,360	1,089,190	3,052,080	3,267,570
50	265,115	282,700	530,230	565,400	1,060,460	1,130,800	3,181,380	3,392,400
51	276,663	293,673	553,325	587,345	1,106,650	1,174,690	3,319,950	3,524,070
52	289,128	305,403	578,255	610,805	1,156,510	1,221,610	3,469,530	3,664,830
53	302,588	317,890	605,175	635,780	1,210,350	1,271,560	3,631,050	3,814,680
54	317,243	331,263	634,485	662,525	1,268,970	1,325,050	3,806,910	3,975,150
55	333,338	345,668	666,675	691,335	1,333,350	1,382,670	4,000,050	4,148,010

A100/2



ข้อกำหนดการรับประกันภัย

- จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 50,000 บาท
- อายุรับประกันภัย 20 - 55 ปี
- ไม่ต้องแถลงสุขภาพ ไม่ต้องตรวจสุขภาพ และ ไม่ต้องตรวจ HIV ทุกราย
- พู่อาประกันภัยไม่สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมใดๆ รวมถึงไม่มีการเกณฑ์สัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นชำระเบี้ยประกันภัย (WP)
- พู่อาประกันภัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย และไม่สามารถเพิ่ม/ลดจำนวนเงินเอาประกันภัยได้
- ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นงวด รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน หรือ รายเดือน

หมายเหตุ • แบบประกันภัยนี้สามารถหักลดหย่อนภาษีได้ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด • ไม่รับชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตในทุกกรณี • เอกสารนี้ถือเป็นทรัพย์สินของบริษัทฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นเท็จ บริษัทฯ จะบอกกล่าวสัญญาภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือ วันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือ วันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยในเฉพาะส่วนที่เพิ่ม • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือ วันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยเฉพาะส่วนที่เพิ่ม บริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระให้แก่บริษัทฯ มาแล้วทั้งหมด โดยหักคืนหนี้สินทั้งหมด (ถ้ามี) • แล่งอายุคาดเคลื่อน และอายุที่ถูกต้องอยู่จนกว่าคำต่ออายุเบี้ยประกันภัยตามทางคำปกติของบริษัทฯ บริษัทฯ มีสิทธิบอกกล่าวสัญญาได้ • การนำส่งเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทฯ เป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น โดยท่านสามารถเลือกชำระเบี้ยประกันภัยได้ในช่องทางต่างๆ ดังนี้ 1. ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 2. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคาร เข้าบัญชี 3. ชำระด้วยเช็คหรือเช็คเซอร์วิส 4. ชำระผ่านตู้ ATM 5. ชำระผ่าน internet banking/ Mobile Application 6. ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานใหญ่ของบริษัทฯ • ผู้เอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์แล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์

เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ และเงื่อนไขต่างๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์
คำเตือน พู่ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตทุกครั้ง

บริษัท ชัมชุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

2922/222-227 ชั้น 15 อาคารพาณิชย์ 2 ถนนพหลโยธิน แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 | Call Center 0-2762-7777 | www.samsunglife.co.th

ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107556000124

SAMSUNG
LIFE INSURANCE

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

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ

(ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

☐ แบบไม่มีเงินปันผล (Non Par) ☐ แบบมีเงินปันผล (Par)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____
ชื่อตัวแทน / นายหน้า _____
ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัส _____
ผู้บริหารตัวแทน _____ รหัส _____

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
ชื่อภรรยา/สามี _____ เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____

ส่วนสูง _____ ซม.
น้ำหนัก _____ กก.

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ข. ชื่อสถานที่ทำงาน _____ อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ค. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน อีเมล _____
โทรศัพท์บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ โทรศัพท์มือถือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____
โทรศัพท์ที่ทำงาน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ _____

3. อาชีพประจำ _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

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

5. แบบประกันภัย _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท เบี้ยประกันภัย _____ บาท

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย
☐ ราย 12 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 1 เดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี

กรณีมีเงินคืนตามสัญญา / เงินปันผล ขอเลือกรับเป็น
(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง บริษัทฯ จะจ่ายเป็นเช็ค)
☐ เช็ค
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร _____ สาขา _____
เลขที่ _____ (กรุณาแนบสำเนาบัญชีออมทรัพย์)
☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม (เฉพาะแบบประกันที่มีเงินปันผล (Par) เท่านั้น)

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอ _____ บาท
ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____
ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ (แนบใบ pay - in)
☐ เช็คธนาคาร _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____
☐ บัตรเครดิต เลขที่ _____
ชื่อเจ้าของบัตร _____
ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

6. ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
(ชื่อ-นามสกุลเดิม _____) เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ อาชีพ _____
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

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

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หรือ ☐)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มีโปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุหมายเลขประจำตัวเสียภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา (US TIN) _____

2. คำยินยอมและข้อตกลง

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

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

• ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

• ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

• ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

• ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

• ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 3 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) _____

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ) _____

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา / มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีมีการแก้ไข ชัดแจ้ง ชัดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

(2/2)