ใบคำขอเอาประกันชีวิต-ประเภทสามัญ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Southeast Life Insurance Public Company Limited
315 อาคารอาคเนย์ ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
315 Southeast Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500
T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... .....
☐ แบบไม่ตรวจสุขภาพ ☑ แบบตรวจสุขภาพ
ชื่อตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต.....*เพชรรัตน์ ทองใส*.....
ใบอนุญาตเลขที่.....*6907083333*.....รหัส...*L185000341*....
ชื่อหน่วย.....*ราบรื่น*..... รหัสหน่วย.....*8888*.....
สาขา.....*อุบลราชธานี*.....
ช่องทางการจัดจำหน่าย.....*ตัวแทนประกันชีวิต*.....
ผู้แนะนำ (ถ้ามี).....-.....

<u>ส่วนที่ 1</u> คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย .....*นางสาวงามสวย รักไทย*.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....-.....
เพศ ☐ ชาย ☑ หญิง สัญชาติ.....*ไทย*.....กรณีถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ.....-.....
สถานภาพ ☑ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ...*42*.....ปี เกิดวันที่..*26*....เดือน.....*กรกฎาคม*.....พ.ศ...*2523*.. เกิดที่ประเทศ....*ไทย*.....
ภรรยา/สามี ชื่อ.....-.....นามสกุล.....-.....
เอกสารที่ใช้แสดง ☑ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (passport) ☐ อื่นๆ .....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....*1-1000-12345-67-8*.....วันหมดอายุ..*25 กรกฎาคม 2566*..

2. ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
เลขที่.....*1*.....หมู่บ้าน/อาคาร.....*เจริญรัก*.....หมู่ที่....*1*.....ตรอก/ซอย.....*เข้าเมือง*.....ถนน.....*พานชมพู*.....
แขวง/ตำบล.....*น้ำใส*.....เขต/อำเภอ.....*ใจจริง*.....จังหวัด.....*อุบลราชธานี*.....รหัสไปรษณีย์.....*52100*.....
ประเทศ.....*ไทย*.....โทรศัพท์บ้าน.....*032-123456*.....โทรศัพท์มือถือ..... *089-8765432*.....
อีเมล.....*Thailand@hotmail.com*.....
ข. ที่อยู่ปัจจุบัน ☑ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ประเทศ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
อีเมล.....
ค. สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
ชื่อสถานที่ทำงาน.....*โรงเรียนบ้านนาม*.....อาคาร.....*สี่ชั้น*.....เลขที่.....*20/14*.....หมู่ที่.....*9*.....
ตรอก/ซอย.....*ใกล้บ้าน*.....ถนน.....*ศรีเมือง*.....แขวง/ตำบล.....*น้ำใส*..... เขต/อำเภอ.....*ใจจริง*.....
จังหวัด.....*อุบลราชธานี*.....รหัสไปรษณีย์..... *52100*.....ประเทศ.....*ไทย*.....โทรศัพท์บ้าน.....*036-778549*.....
โทรศัพท์มือถือ.....-.....อีเมล.....*Ngam_Bannamschool@hotmail.com*.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ (**<u>หากผู้ขอฯ เป็นผู้เยาว์ และไม่ได้ชำระเบี้ยด้วยตนเอง ให้เว้นคำตอบข้อนี้ไว้ โดยบริษัทฯ จะใช้ที่อยู่ติดต่อของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในข้อ 5 แทน</u>**) ☑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน
เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (<u>กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง</u>)
☑ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท
<u>หมายเหตุ</u> : หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ

3. อาชีพประจำ .....*ครู*.....ตำแหน่ง .....*ผู้อำนวยการโรงเรียน*.....ลักษณะงานที่ทำ .....*บริหารงานในโรงเรีย*.....
ลักษณะธุรกิจ.....*สถานศึกษา*.....รายได้ต่อปี.....*800,000*.....บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....-.....ตำแหน่ง .....-.....ลักษณะงานที่ทำ .....-.....
ลักษณะธุรกิจ.....-.....รายได้ต่อปี.....-.....บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☑ ไม่ใช้ ☐ ใช้

4. รายละเอียดเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัยและ/หรือสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการ โดยรายละเอียดมีดังนี้

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....*ทรัพย์มั่นคงพิเศษ 2489-R*..... ระยะเวลาเอาประกันภัย.....*89*.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย....*24*.....ปี
ชนิด ☐ มีเงินปันผล ☑ ไม่มีเงินปันผล จำนวนเงินเอาประกันภัย.....*200,000*.....บาท เบี้ยประกันชีวิต.....*7,442*.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย/ผลประโยชน์(บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย/ผลประโยชน์(บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
1...*ทพ.1 คุ้มครองการยกเว้นเบี้ยชีวิต*...	.....*200,000*	.....*116*	5.....	.....	.....
2...*ทพ.2 คุ้มครองการจ่ายเงินชดเชย*...	.....*200,000*	.....*134*	6.....	.....	.....
3...*ค่ารักษาพยาบาลรายวัน*.....	*1,500*	.....*1,680*	7.....	.....	.....
4...*ซูเปอร์เฮลท์*.....	.....*500,000*	.....*16,405*	8.....	.....	.....

เบี้ยประกันภัยรวม .....*25,777*..... **บาท**

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย

☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☑ รายปี ☐ ชำระเบี้ยประกันครั้งเดียว

ก. ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย เลือก

รับเงินคืนเมื่อถึงกำหนดเป็น ☑ เช็คขีดคร่อม ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี .....

เลขที่บัญชี ..... ธนาคาร ..... สาขา .....

☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย

☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม

หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น ให้ถือว่าประสงค์โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ

ข. ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินครบกำหนดสัญญา/เงินค่าสินไหมทดแทน (ยกเว้นกรณีสินไหมมรณกรรม) / เงินอื่น

บริษัทจะจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยเว้นแต่มีการเลือกโอนเข้าบัญชีธนาคารตามข้อ ก ให้ถือว่าประสงค์โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

(1) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่าเมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว

(2) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

5. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

- จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้..... *25,777*.....บาท
- ชำระเป็น ☑ เงินสด

  ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี ..... ธนาคาร ..... สาขา.....

  ☐ เช็คลงวันที่..... ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่เช็ค.....จำนวน.....บาท

  ☐ บัตรเครดิตออกโดยธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต.....

  ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงิน เลขที่ .....*DF-65003636*.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

- ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

  ชื่อและนามสกุล.....*นางสาวงามสวย.....รักไทย* ..... อายุ .....*42*..... ปี ความสัมพันธ์ .....*ตนเอง*.....

  อาชีพ .....*ครู*..... รายได้ต่อปี .....*800,000*..... บาท

  เอกสารที่ใช้แสดง ☑บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (passport) ☐ อื่นๆ .....

  เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....*1-1000-12345-67-8*.....วันหมดอายุ....*25 กรกฎาคม 2566*...

  ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้

  ☑ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัย ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย

  ☐ ที่อยู่อื่น โปรดระบุ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

  ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

  รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....โทรศัพท์บ้าน .....

  โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล .....

6. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน /หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นางน้ำใจ รักไทย		*78*	*มารดา*	*ที่อยู่เดียวกับผู้ขอเอาประกัน*	*50*
นายสมชาย รักไทย		*85*	*บิดา*	*ที่อยู่เดียวกับผู้ขอเอาประกัน*	*50*

7. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

❑ ไม่มี ☑ มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
AIA	*100,000*	*100,000*	*-*	*-*	*มีผลบังคับ*

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 19

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ❑ ไม่เคย ☑ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
ไทยประกันชีวิต	*เลื่อนรับประกัน 1 ปี จากน้ำตาลในเลือดสูง*	*09/08/2560*

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 19

9. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☑ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

❑ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้งต่อสัปดาห์ เสพมานาน.....ปี

❑ เลิกเสพเมื่อ.....

10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☑ ไม่เคย ❑ เคย

11. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☑ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ❑ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่.....ครั้งต่อสัปดาห์

❑ เลิกดื่มเมื่อ.....

12. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

❑ไม่สูบ/ไม่เคย ☑ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....*1-2*.....มวน/วัน สูบมานาน.....*10*.....ปี

☑ เลิกสูบ เมื่อ.....*ประมาณ 5 ปีที่แล้วจนถึงปัจจุบัน*.....

13. ส่วนสูง.....*157*.....ซม. น้ำหนัก.....*49*.....กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

❑ ไม่เปลี่ยน ☑ เปลี่ยน เพิ่มขึ้น.....-.....กก. ลดลง.....*2*.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....*ตั้งใจคุมอาหารและออกกำลังกาย*.....

<u>ส่วนที่ 2</u> คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

14. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

❑ ไม่เป็น ☑ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ <u>ชื่อโรค</u> ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....*โรคเบาหวาน*.....

<u>ส่วนที่ 3</u> คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

❑ ไม่เคย ☑ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ A	*08-09/08/2564*	*นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล*	*รพ.อุบลรักษ์*
		รักษาโดยการทานยา	*นายแพทย์ชำนาญ เก่งมาก*
		ปัจจุบันหายปกติ ไม่มีนัด	

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

❑ ไม่เคย ☑ เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑สายตาพิการ	❑โรคหอบหืด	❑ดีซ่าน	❑โรคต่อมน้ำเหลืองโต
❑โรคจอประสาทตา	❑โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	❑ม้ามโต	❑เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ
❑โรคต้อหิน	❑โรคถุงลมโป่งพอง	❑โรคตับอ่อนอักเสบ	❑โรคมะเร็ง
❑โรคหลอดเลือดในสมอง	❑ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	❑โรคไต	❑โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
❑โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	❑โรคความดันโลหิตสูง	❑โรคข้ออักเสบ	❑โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
❑โรคพาร์กินสัน	❑โรคหัวใจ	❑โรคเก๊าท์	❑พิการทางร่างกาย
❑โรคความจำเสื่อม	❑โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	❑โรคหนังแข็ง	❑โรคจิตเวช
❑โรคชัก	❑โรคหลอดเลือด	❑โรคเอสแอลอี	❑โรคระบบประสาท
❑โรคปอด หรือปอดอักเสบ	❑โรคแผลในทางเดินอาหาร	❑โรคเลือด	❑โรคซึมเศร้า
❑โรควัณโรค	❑โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☑โรคเบาหวาน	❑ดาวน์ซินโดรม
❑โรคไขมันในเลือดสูง	❑โรคพิษสุราเรื้อรัง	❑โรคไทรอยด์	❑โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง
❑โรคมัลติเพิล สเคลอโรซิส	❑โรคของต่อมใต้สมอง	❑โรคถุงน้ำในไต	❑โรคต้อกระจก
❑โรคโลหิตจาง	❑โรคของต่อมหมวกไต	❑โรคนิ่ว	❑โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง
❑โรคไข้รูมาติก	❑โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		

โรค	**วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)**	**ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน**	**สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)**
เบาหวาน	*28/5/2559*	*รักษาโดยการทานยาต่อเนื่องถึง*	*รพ.อุบลรักษ์*
		ปัจจุบันคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ	

17.ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ❑ ไม่เคย/ไม่มี ☑ เคย /มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ❑ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑การมองเห็นผิดปกติ	❑เจ็บหรือแน่นหน้าอก	❑จ้ำเลือด	❑การได้ยินผิดปกติ
❑กล้ามเนื้ออ่อนแรง	❑ใจสั่น	❑คลำพบก้อนเนื้อ	❑การพูดผิดปกติ
❑การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	❑ปวดท้องเรื้อรัง	❑อาการอ่อนเพลีย	❑ภาวะไขมันพอกตับ
❑ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	❑อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	❑น้ำหนักลด	❑ตัวเหลือง ตาเหลือง
❑มีพัฒนาการช้า	❑ท้องมาน	❑ท้องเดินเรื้อรัง	❑ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
❑ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	❑ท้องเสียเรื้อรัง	❑ไข้เรื้อรัง	❑ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ
❑ไอเรื้อรัง	❑มีเลือดปนในปัสสาวะ	❑โรคผิวหนังเรื้อรัง	☑ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ
❑ไอเป็นเลือด	❑ปวดข้อเรื้อรัง	❑ท้องผูกเรื้อรัง	
❑เหนื่อยง่ายผิดปกติ	❑เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	❑มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	
คำถามเฉพาะสตรี			
❑ กำลังตั้งครรภ์ .....เดือน ❑ โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร		❑ ประจำเดือนมามากผิดปกติ ❑ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ❑ ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	

อาการ	**วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ**	**อาการปัจจุบัน**
ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง	*28/5/2559*	*ทานยาต่อเนื่องถึงปัจจุบัน อาการทั่วไปปกติ*
จากการตรวจสุขภาพประจำปี 2559		*ตรวจติดตามน้ำตาลในเลือดตามแพทย์นัด*
		ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☑ ไม่เคย/ไม่มี ❑ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ❑ และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❑ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	❑ กรดไหลย้อน	❑ กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม	❑ สมาธิสั้น
❑ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	❑ ถุงน้ำดีอักเสบ	❑ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	❑ โรคประสาทหูเสื่อม
❑ ไซนัสอักเสบ	❑ ไส้เลื่อน	❑ ข้อเสื่อม	❑ สะเก็ดเงิน
❑ ปวดศีรษะไมเกรน	❑ ริดสีดวงทวาร	❑ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	❑ โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง
❑ ภูมิแพ้	❑ ฝีคัณฑสูตร	❑ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	❑ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ
❑ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	❑ออทิสติก	❑ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	❑ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่
❑ โรคมะเร็ง			

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....-.....

.....

<u>ส่วนที่ 4</u> การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. **การรับรองสถานะ**

ก.ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	☑ ไม่มี	❑ มี โปรดระบุ ❑ ถือสัญชาติอเมริกัน ❑ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ❑ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ☑ ไม่เป็น ❑ เป็น ❑ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ …….....		
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	☑ ไม่มี ❑ มี	
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	☑ ไม่มี ❑ มี	

2. **คำรับรอง**

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

<u>ส่วนที่ 5</u> ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

❑ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

☑ ไม่มีความประสงค์

<u>ส่วนที่ 6</u> ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏในลิงก์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
   (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....*งามสวย รักไทย*.....

(.....*นางสาวงามสวย รักไทย*.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม /ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

<u>ส่วนที่ 7</u> คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ ……*บ้านผู้ขอเอาประกัน*…….....…. วันที่ …*8*…… เดือน ……*สิงหาคม*……พ.ศ.……*2565*……

(ลงชื่อ).....*เพชรรัตน์ ทองใส*.....
(.....*นายเพชรรัตน์ ทองใส*.....)
พยาน(ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) .....

(ลงชื่อ).....*งามสวย รักไทย*.....
(.....*นางสาวงามสวย รักไทย*.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

<u>หมายเหตุ</u> : รายละเอียดการตอบคำถาม (แยกตามแบบประกัน และเงื่อนไขการพิจารณารับประกันของบริษัท)