ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....
รหัสตัวแทน.....
ชื่อหน่วย.....รหัสหน่วย.....
สาขา.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
Ref. 1 xxx0000000

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ

☑ แบบไม่ตรวจสุขภาพ ☐ แบบตรวจสุขภาพ

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. **ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย** นายปวิช นามสกุล ตะวันฉาย สกุลเดิม.....
เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2520 อายุ 45 ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ชื่อและนามสกุล ภรรยา/สามี.....
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว 31999 xxxxx xxx วันบัตรหมดอายุ 31/12/2570

2. **ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน** เลขที่ 11 หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน พฤกษาวิลล์ ตรอก/ซอย 1 ถนน นิมิตใหม่
ตำบล/แขวง ทรายกองดิน อำเภอ/เขต คลองสามวา จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10510
โทรศัพท์บ้าน 02-xxxxxxx โทรศัพท์มือถือ 081-xxxxxxx e-mail address .....
สถานที่ทำงาน บมจ.ที ไลฟ์ ประกันชีวิต เลขที่ 59/5 หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ศรีนครินทร์
ตำบล/แขวง หนองบอน อำเภอ/เขต ประเวศ จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10510
โทรศัพท์ 02-111 0055 ต่อ.....e-mail address.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 11 หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน พฤกษาวิลล์ ตรอก/ซอย 1 ถนน นิมิตใหม่
ตำบล/แขวง ทรายกองดิน อำเภอ/เขต คลองสามวา จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10510
โทรศัพท์บ้าน 02-xxxxxxx โทรศัพท์มือถือ 081-xxxxxxx e-mail address .....
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☑ ที่อยู่ปัจจุบัน

3. **อาชีพประจำ** รับจ้าง ตำแหน่ง ผู้จัดการ ลักษณะงานที่ทำ งานด้านเอกสาร
ลักษณะธุรกิจ ประกันชีวิต รายได้ต่อปี 300,000 บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☑ ไม่ใช้ ☐ ใช้

4. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้เยาว์เป็นผู้ขอเอาประกันภัย
ชื่อและนามสกุลบิดา.....ชื่อและนามสกุลมารดา.....
ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ย.....ระบุความสัมพันธ์.....
ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยฯ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....
อาชีพประจำ.....สถานที่ทำงาน.....

5. แบบประกันภัย MBK Term Life 10/10 ชนิด ☐ มีเงินปันผล ☑ ไม่มีเงินปันผล
ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ☐ ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม
(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะ.....กรณีที่ขอรับเป็นเงินสดและประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)
ระยะเวลาเอาประกันภัย 10 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 10 ปี
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☑ รายปี ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท เบี้ยประกันชีวิต 8,300 บาท

สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท

เบี้ยประกันภัยรวม.....8,300.....บาท

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯนี้.....8,300.....บาท ชำระเป็น ☑ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....

อื่นๆ.....ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นายแดง ตะวันฉาย	65	บิดา			100

หมายเหตุ : กรณีผู้สมัครเป็นผู้เยาว์ ผู้ชำระเบี้ยฯ จะเป็นผู้รับประโยชน์หลักตามกรมธรรม์หลัก (กรณีไม่ได้ระบุมา)

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☑ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

9. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย

10. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ☑ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....

ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี ☐ เลิกเสพ เมื่อ.....

11. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☑ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....

ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี ☐ เลิกดื่ม เมื่อ.....

12. ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☑ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ

โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เลิกสูบ เมื่อ.....

13.

	ส่วนสูง (ซ.ม.)	น้ำหนัก (ก.ก.)	ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไร	สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง
ผู้ขอเอาประกันภัย	170	65	เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. ☑ ไม่เปลี่ยนแปลง	

ส่วนที่ 2 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 ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

<u>ส่วนที่ 3</u> คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มีหากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานที่เข้ารับการรักษา

.....

.....

.....

16. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย/ไม่มี ❑ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ❑ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย	อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย
• การมองเห็นผิดปกติ	❑	• จ้ำเลือด	❑
• กล้ามเนื้ออ่อนแรง	❑	• คลำพบก้อนเนื้อ	❑
• การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	❑	• ท้องมาน	❑
• ร่างการสูญเสียประสาทรับ ความรู้สึก	❑	• ท้องเสียเรื้อรัง	❑
• มีพัฒนาการช้า	❑	**<u>อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา</u>**	
• ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	❑	• อาการอ่อนเพลีย	❑
• ไอเรื้อรัง	❑	• น้ำหนักลด	❑
• ไอเป็นเลือด	❑	• ท้องเดินเรื้อรัง	❑
• เหนื่อยง่ายผิดปกติ	❑	• ไข้เรื้อรัง	❑
• ใจสั่น	❑	• โรคผิวหนังเรื้อรัง	❑
• เจ็บหรือแน่นหน้าอก	❑	**<u>เฉพาะสตรี</u>**	
• ปวดท้องเรื้อรัง	❑	• กำลังตั้งครรภ์.....เดือน	❑
• อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	❑	• โรคแทรกซ้อนในการ ตั้งครรภ์และคลอดบุตร	❑
• มีเลือดปนในปัสสาวะ	❑		
• ปวดข้อเรื้อรัง	❑	• เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	❑
• เคยพยายามทำร้ายร่างกาย ตนเอง	❑		

กรณีเคยมีอาการใดอาการหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ และอาการปัจจุบัน

.....

.....

.....

17.ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วย เครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่

☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย ตรวจอะไร.....เมื่อใด.....สถานที่ตรวจ.....

ผลการตรวจ.....ข้อสังเกตโดยแพทย์.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น

☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย อาการ.....เมื่อใด.....ชื่อสถานพยาบาล.....

ผลการรักษา.....

คำถามข้อ 18 ใช้สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☑ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย	โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย
• ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	☐	• ฝีคันฑสูตร	☐
• ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	☐	• เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	☐
• ไซนัสอักเสบ	☐	• กระดูกสันหลังเคลื่อน	☐
• ปวดศีรษะไมเกรน	☐	• หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	☐
• ภูมิแพ้	☐		
• หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐	• ข้อเสื่อม	☐
• กรดไหลย้อน	☐	• เส้นเอ็นอักเสบเรื้องรัง	☐
• นิ่ว	☐	• เส้นประสาทอักเสบหรือ ถูกเบียดทับ	☐
• ถุงน้ำดีอักเสบ	☐		
• ไส้เลื่อน	☐	• ออทิสติก	☐
• ริดสีดวงทวาร	☐	• สมาธิสั้น	☐

กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานที่เข้ารับการรักษา

.....

.....

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม).....

.....

.....

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

1. การรับรองสถานะ

ก.ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่	☑ ไม่มี	☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ☑ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ		
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	☑ ไม่มี	☐ มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ (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> 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 ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....ปริช ตะวันฉาย.....

(.....นายปริช ตะวันฉาย.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ ไม่มีความประสงค์ ☑ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ .....วันที่.....1.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....2565.....

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

ลงชื่อ.....ปวิช ตะวันฉาย.....
(.....นายปวิช ตะวันฉาย.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000481

หนังสือแสดงความจำนงชำระเบี้ยประกันชีวิต

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ดังนี้

งวดแรก ☑ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระด้วยบัตรเครดิต (แนบแบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต ด้านล่างนี้)

นอกจากงวดแรก ☑ ชำระเป็นเงินสด ณ จุดชำระเงินที่บริษัทฯ กำหนด

☐ ชำระด้วยบัตรเครดิต (แนบแบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต ด้านล่างนี้)

☐ ชำระโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร (แนบแบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร)

การรับประโยชน์ตามกรมธรรม์ ☑ เป็นเช็ค

☐ เข้าบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

ลงชื่อ ปวิช ตะวันฉาย

(นายปวิช ตะวันฉาย)

แบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต

ผู้เอาประกัน ..... เลขที่ใบคำขอ/เลขที่กรมธรรม์ .....

แบบประกัน .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันชีวิตจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า

ชื่อ/นามสกุลเจ้าของบัตร .....

ความสัมพันธ์ของผู้ถือบัตรเครดิตและผู้ทำประกัน .....

(เฉพาะ สามี/ภรรยา และบุตรของผู้เอาประกันเท่านั้น)

ชำระโดยบัตรเครดิต

❑ บัตรเครดิต ของธนาคาร/สถาบันการเงิน .....

❑ Visa ❑ Master

หมายเลข ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ เดือน/ปี บัตรหมดอายุ ☐☐/☐☐

ชื่อตามบัญชีบัตร (ภาษาอังกฤษ) .....

จำนวนเงิน ..... บาท

รายละเอียดค่าเบี้ยประกันที่ใช้ชำระ (โปรดเลือก)

❑ สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตเฉพาะปีแรกงวดแรกเท่านั้น

❑ สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตปีแรกงวดแรกและงวดต่อๆ ไป

ข้าพเจ้าเจ้าของบัตรเครดิตเลขที่ดังกล่าวข้างต้นขอให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิตและ ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัตรเครดิต วันหมดอายุ ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงขอให้หนังสือเรียกเก็บเบี้ยประกันชีวิตผ่านบัตรเครดิตฉบับนี้ยังคงสมบูรณ์ มีผลบังคับใช้ได้ต่อไป สำหรับบัตรเครดิตที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ด้วยทุกประการ

.....	.....
( )	( )
ลายมือชื่อผู้เอาประกัน	ลายมือชื่อเจ้าของบัตร (ตามลายมือชื่อบนหลังบัตร)
วันที่	วันที่ .....

เจ้าหน้าที่ธนาคาร ชื่อ/นามสกุล ..... สาขา / สำนัก .....โทร .....

หมายเหตุ : ท่านจะได้รับกรมธรรม์ประกันชีวิต หลังจากใบคำขอของท่านได้รับอนุมัติและได้มีการรับชำระเบี้ยผ่านบัตรเครดิตของท่านเรียบร้อยแล้ว หากไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตนี้ได้หรือ ถูกปฏิเสธการเรียกเก็บเงิน ถือว่าการขอเอาประกันนี้เป็นอัน ยกเลิก