KWI

บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้
แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
สำนักงานใหญ่ 02-844-0000 ศูนย์บริการลูกค้า 02-033-9000

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเลขที่ F150815
กรมธรรม์เลขที่ ....

คำแนะนำในการใช้ใบคำขอเอาประกันชีวิต

/ก. กรณีซื้อแบบประกันภัยที่ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ ให้กรอกส่วนที่ 1-2 และส่วนที่ 5-8
ข. กรณีซื้อแบบประกันภัยที่ต้องตอบคำถามสุขภาพอย่างสั้น ให้กรอกส่วนที่ 1-2, ส่วนที่ 3 (ข้อ 14) และส่วนที่ 5-8
ค. กรณีซื้อแบบประกันภัยที่ต้องตอบคำถามสุขภาพอย่างละเอียด ให้กรอกส่วนที่ 1-8

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย [ก, ข, ค]

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย เด็กชาย สมชาย สุขภาพดี
   ชื่อ-นามสกุลเดิม เด็กชาย สมชาย สุขภาพไม่ดี
   เพศ ☑ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด 01 / มกราคม / 2555 อายุ 11 ปี
   สัญชาติ ☑ ไทย ☐ อื่นๆ ....
   สถานภาพ ☑ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ส่วนสูง 155 ซ.ม. น้ำหนัก 55 กก.
   ชื่อ-นามสกุล ภรรยา/สามี - ชื่อ-นามสกุลเดิม -

เอกสารที่ใช้แสดง
☑ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง
☐ ทะเบียนบ้าน ☑ สูติบัตร ☑ อื่น ใบเปลี่ยนชื่อสกุล
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
วันหมดอายุ ยังไม่มีบัตรประชาชน

2. **ที่อยู่และที่ทำงาน**

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 123 หมู่บ้าน/อาคาร เพอร์เฟคเพลส
หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย เพอร์เฟคเพลส 1/2 ถนน รัตนาธิเบศร์
แขวง/ตำบล บางรักน้อย เขต/อำเภอ เมืองนนทบุรี
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000

สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
ชื่อ..................อาคาร ....เลขที่..................หมู่ที่ ....
ตรอก/ซอย..................ถนน..................
แขวง/ตำบล..................เขต/อำเภอ..................
จังหวัด.................. รหัสไปรษณีย์ ....

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

สถานที่สะดวกในการติดต่อ
☑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
โทรศัพท์ บ้าน .... มือถือ 090 123 4567
โทรศัพท์ ที่ทำงาน .... อีเมล axz.trainer@gmail.com

3. อาชีพประจำ/ลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ ยังไม่มีอาชีพ
   ตำแหน่ง -
   รายได้ต่อปี - บาท
   อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) ลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ -
   ตำแหน่ง -
   รายได้ต่อปี - บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☑ ไม่ใช้ ☐ ใช้

4. **รายละเอียดการขอเอาประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัยที่ต้องการ โดยรายละเอียดมีดังนี้

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย พรีเมียร์ โปรเทคชัน 90/90 ระยะเวลาเอาประกันภัย ถึงอายุ 90 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ถึงอายุ 90 ปี ชนิด ☑ มีเงินปันผล ☐ ไม่มีเงินปันผล

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☑ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต	300,000	2,721
สัญญาเพิ่มเติม : ยกเว้นเบี้ยประกันภัย ~~(WP)~~ PBWP	300,000	234
อุบัติเหตุ และ ทุพพลภาพ (AI)		
อุบัติเหตุ จลาจล สงครามกลางเมือง (AIRCC)		
อุบัติเหตุเสียชีวิต และสูญเสียอวัยวะ (ADD)		
อุบัติเหตุ จลาจล สงครามกลางเมือง (ADDRCC)		
อุบัติเหตุเสียชีวิต(ADB)		
การประกันสุขภาพ~~พลัสวัน(HS PLUS ONE)~~ HLS	แผน 5: 1,000,000	15,110
ค่าพยาบาลรายวัน(HB)		
โรคร้ายแรงพิเศษ(MCI44)		
	เบี้ยประกันภัยรวม	18,065

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย เลือก

☐ เช็คขีดคร่อม ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☑ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี ………………………… เลขที่บัญชี …………..……………………. ธนาคาร ……………………. สาขา …………………………

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินครบกำหนดสัญญา/เงินค่าสินไหมทดแทน *(ยกเว้นกรณีสินไหมมรณกรรม)* /เงินอื่น เลือก

☑ เช็คขีดคร่อม

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี ………………………… เลขที่บัญชี …………..……………………. ธนาคาร ……………………. สาขา …………………………

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

(1) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่าเมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว

(2) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

5. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ ……18,065…… บาท

ชำระเป็น

☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี ………………………… เลขที่บัญชี ……………………… ธนาคาร ……………………… สาขา………………………

☐ เช็ค

☐ หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร…………………………………………………

☐ ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร / เคาน์เตอร์เซอร์วิส / เอ ที เอ็ม

☑ บัตรเครดิต…………………………… ชนิด……VISA…… ออกโดย……SCB……

หมายเลขบัตรเครดิต…1234 5678 9012 3456……วันที่บัตรหมดอายุ…02/28……

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ………………

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงิน เลขที่ ……F150815……

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

การชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่อไปโดย ☑ หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ ☐ หักผ่านบัตรเครดิต…ตามเอกสารที่แนบมา… หมายเลข ……………………วันหมดอายุ ……/……

(ในกรณีที่ไม่ได้ระบุให้ถือว่าชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่อไปด้วยเงินสด) กรุณากรอกความประสงค์ของท่านตามแบบฟอร์ม “หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก” หรือ “หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัญชีบัตรเครดิต”

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อและนามสกุล……นาย สมศักดิ์ สุขภาพดี…… อายุ ……40…… ปี ความสัมพันธ์ ……บิดาของผู้ขอเอาประกันภัย……

อาชีพ ……พนักงานบริษัท…… รายได้ต่อปี ……1,900,000…… บาท

เอกสารที่ใช้แสดง ☑ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ……………………

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ ……1234567898765…… วันหมดอายุ ……1 มกราคม 2569……

ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้ ☑ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัย ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย

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

ถนน……………… แขวง/ตำบล……………… เขต/อำเภอ………………

จังหวัด……………… รหัสไปรษณีย์………………

โทรศัพท์บ้าน ……………… โทรศัพท์มือถือ ……………… อีเมล ………………

6. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นาย สมศักดิ์ สุขภาพดี	40	บิดา	ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกัน	100

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย [ก , ข, ค]

กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่	☐	☑	☐	☑

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ต่อ) [ก, ข, ค]	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
8. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่	☑	☐	☐	☑

ผู้ขอเอาประกันภัย

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	
ABC	100,000	-	จำไม่ได้	-	มีผล

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	

คำถาม	ผู้ขอเอาประกันภัย ใช่/เคย	ผู้ขอเอาประกันภัย ไม่ใช่/ไม่เคย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ใช่/เคย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ไม่ใช่/ไม่เคย
9. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่	☐	☑	☐	☑
10. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ โปรดระบุชนิด .... ปริมาณ .... ความถี่ .... ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ....ปี เลิกเสพเมื่อ	☐	☑	☐	☑
11. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ โปรดระบุชนิด วิสกี้ ปริมาณ 1/2 ขวด / ครั้ง ความถี่ นานๆ ครั้ง ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน 15 ปี เลิกดื่มเมื่อ ยังไม่เลิก	☐	☑	☑	☐
12. ท่าน สูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ชนิด ....ปริมาณ ....มวน/วัน ระยะเวลา ....ปี เลิกสูบเมื่อ........................	☐	☑	☐	☑
13. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพิ่มขึ้น 2 ก.ก. ลดลง .... ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง เติบโตขึ้น	☑	☐	☐	☑

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย [ข (ข้อ 14), ค]	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
14. 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	☑	☐	☐	☑

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
เป็นไข้หวัด	1/3/64	นอน ร.พ. 2 วัน / ปัจจุบันหายแล้ว	ร.พ.ศรีสวรรค์ / ชื่อแพทย์จำไม่ได้

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ต่อ) [ค]

กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	**ผู้ขอเอาประกันภัย**		**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**	
	ใช่/เคย	**ไม่ใช่/ไม่เคย**	**ใช่/เคย**	**ไม่ใช่/ไม่เคย**
15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่				
ก. โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต โรคไข้รูมาติก โรคไขมันในเลือดสูง	☐	☑	☐	☑
ข. โรคมะเร็ง โรคต่อมน้ำเหลืองโต เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	☐	☑	☐	☑
ค. โรคของต่อมใต้สมอง โรคของต่อมหมวกไต โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์	☐	☐	☐	☐
ง. โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต โรคถุงน้ำในไต โรคนิ่ว ดีซ่าน ม้ามโต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
จ. โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหยุดหายใจขณะหลับ	☐	☐	☐	☐
ฉ. สายตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน โรคต้อกระจก	☐	☐	☐	☐
ช. โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม โรคชัก	☐	☐	☐	☐
ซ. โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคเลือด	☐	☐	☐	☐
ฌ. โรคจิตเวช โรคระบบประสาท โรคซึมเศร้า ดาวน์ซินโดรม พิการทางร่างกาย	☐	☐	☐	☐
ญ. โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	☐	☐	☐	☐
ฎ. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	☐	☐	☐	☐

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

	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
16. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่				
ก. เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยง่ายผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	☐	☐	☐	☐
ข. ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ภาวะไขมันพอกตับ ท้องมาน ท้องเดินเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง มีเลือดปนในปัสสาวะ ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ	☐	☐	☐	☐
ค. คลำพบก้อนเนื้อ ตัวเหลือง ตาเหลือง ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรังไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด	☐	☐	☐	☐
ง. ปวดข้อเรื้อรัง จ้ำเลือด มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	☐	☐	☐	☐
จ. การมองเห็นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ การพูดผิดปกติ มีพัฒนาการช้า เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	☐	☐	☐	☐
ฉ. อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเสียเรื้อรังไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
<u>เฉพาะสตรี</u>				
ช. กำลังตั้งครรภ์หรือไม่ อายุครรภ์..................... เดือน	☐	☐	☐	☐
ซ. โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	☐	☐	☐	☐
ฌ. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ประจำเดือนมามากผิดปกติ ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	☐	☐	☐	☐

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง [ค]		
17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
ก. ติดเชื้อในหูชั้นกลาง โรคประสาทหูเสื่อม ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไซนัสอักเสบ ปวดศีรษะไมเกรน ภูมิแพ้ สะเก็ดเงิน หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐	☐
ข. กรดไหลย้อน ถุงน้ำดีอักเสบ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร ฝีคัณฑสูตร โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง	☐	☐
ค. กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท ข้อเสื่อม เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ	☐	☐
ง. ออทิสติก สมาธิสั้น	☐	☐
จ. เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	☐	☐
ฉ. ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	☐	☐

โรค / อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งค่าสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

18. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

……

……

……

……

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย [ก, ข, ค]

1. การรับรองสถานะ

ก.ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐ อเมริกาหรือไม่

☑ 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 ๆของข้าพเจ้าที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

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

ส่วนที่ 6 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ [ก, ข, ค]

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

☑ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม [ก, ข, ค]

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 หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน[https://www.kwilife.com/privacy-policy/] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.kwilife.com/privacy-policy/] 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ ....
(นาย สมศักดิ์ สุขภาพดี)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
(กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

ลงชื่อ ....
(เด็กชาย สมชาย สุขภาพดี)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ ....
(นาย สมศักดิ์ สุขภาพดี)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 8 คำเตือน [ก, ข, ค]

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้

2. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา สำหรับการประกันภัยแบบอินเวสเมนต์ ลิงค์ (ยูนิต ลิงค์) ท่านจะได้รับมูลค่าบัญชีกรมธรรม์ บวกกับค่าการประกันภัยตามจำนวนวันที่ยังมิได้ให้ความคุ้มครอง (ถ้ามี)

3. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

4. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย หรือ มูลค่ารับซื้อคืนหน่วยลงทุน / ค่าธรรมเนียมกรมธรรม์ (ถ้ามี) ที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัย หรือ มูลค่ารับซื้อคืนหน่วยลงทุน / ค่าธรรมเนียมกรมธรรม์ (ถ้ามี) บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

ลงชื่อ ....
(นาย ตัวแทน ประกันชีวิต / ....โบรกเกอร์)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ ....
(เด็กชาย สมชาย สุขภาพดี)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ ....
( )
พยาน

ลงชื่อ ....
(นาย สมศักดิ์ สุขภาพดี)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อนายหน้า/ตัวแทน ....โบรกเกอร์ ใบอนุญาตเลขที่ นช1234/2555
เลขที่ทะเบียนของผู้ติดต่อกับผู้ลงทุน ....
ชื่อหน่วย .... รหัสหน่วย .... รหัสตัวแทน ....
สำนักงาน ....

กรณีที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ให้เซ็นต์ชื่อกำกับทุกที่

บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้
แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 ประเทศไทย
โทรศัพท์: (662) 844 0000 |

KWI Life Insurance Public Company Limited
43 Thai CC Tower, 33rd Floor , South Sathorn Road,
Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120, Thailand
Tel: (662) 844 0000 |

CRS Self – Certification Form for Individual สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา

ส่วนที่ 1 / Part 1 **การแสดงข้อมูลของลูกค้า (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)**
Status of Customer: CRS Individual Self-Certification (Please specify in English)

วันที่ / Date 1 / Sep / 2023

1. เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย 80000000
   Application Form No. / Policy No.
2. ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ☑ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. HANSON HOPPER
   Insurance Applicant / Insured (Title/Name/Surname)
3. เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง ABC1234
   Identification Number / Passport No.
4. ท่านเป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศไทยเท่านั้น
   ☑ ใช่ / Yes ถ้าตอบ **"ใช่"** ไปส่วนที่ 3 และลงนามรับรอง if "Yes" go to Part 3 and sign.
   ☐ ไม่ใช่ / No ถ้าตอบ **"ไม่ใช่"** ให้ระบุในส่วนที่ 2 if "No" Provide Tax Resident information in Part 2.
   Do you have Thai nationality and resident for tax purpose in Thailand?
5. สถานที่เกิด / Place of Birth : เมือง / จังหวัด / City ______ ประเทศ/Country ______.

ส่วนที่ 2 / Part 2 **แสดงข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)**
Tax Residence Information. (Please specify in English)

ถิ่นที่อยู่ทางภาษี หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้น สำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้น และ/หรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจากมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ โดยนิยามของถิ่นที่อยู่ทางภาษีอาจแตกต่างกันออกไปตามกฎหมายภายในว่าด้วยภาษีของแต่ละประเทศ จึงเป็นไปได้ที่บุคคลหนึ่งจะมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่าหนึ่งประเทศ บริษัทไม่สามารถให้คำแนะนำด้านภาษีแก่ท่านได้ ดังนั้น หากท่านไม่แน่ใจในสถานะถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่านหรือประเด็นที่เกี่ยวข้อง กรุณาขอคำแนะนำจากที่ปรึกษาทางภาษีหรือหน่วยงานด้านภาษีของท่าน

Tax Resident means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in the country in each your or any other criterion. Tax residency is defined by each country's local tax laws and may vary from that of another country. As such, it is possible for a person to be considered a tax resident in more than one country. We are unable to provide you any tax advice. If you are unsure of your tax residency status or related matters, you may wish to consult tax authorities for advice.

ประเทศที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรในต่างประเทศนั้น ต้องระบุเหตุผล If no TIN available enter reason (A) (B) or (C)	หากท่านเลือกเหตุผล B โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ Please explain why you are unable to obtain a TIN if you select Reason B
		☐ A ☐ B ☐ C	
		☐ A ☐ B ☐ C	
		☐ A ☐ B ☐ C	
		☐ A ☐ B ☐ C	

เหตุผล (เอ) ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยในประเทศนั้น
Reason (A) The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

เหตุผล (บี) ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้
Reason (B) You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction. Please explain why you are unable to obtain the Taxpayer Identification Number (TIN).

เหตุผล (ซี) ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เฉพาะกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้นไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี
Reason (C) TIN not required. If the domestic law of that country does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction.

บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้
แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 ประเทศไทย
โทรศัพท์: (662) 844 0000 |

KWI Life Insurance Public Company Limited
43 Thai CC Tower, 33rd Floor , South Sathorn Road,
Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120, Thailand
Tel: (662) 844 0000 |

ส่วนที่ 3 การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ
Part 3 Confirmation of Change of Status

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความต้นเป็นความจริง ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
   I confirm that the above information is true, complete, accurate, and current.
2. ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) มีสิทธิใช้ดุลยพินิจเพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร
   I acknowledge and agree the if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, KWI Life Insurance Public Company Limited (“Company”) shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
3. ข้าพเจ้าตกลงที่แจ้งให้บริษัททราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทภายใน 30 วันหลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของข้าพเจ้าที่ระบุไว้นแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่เป็นปัจจุบัน
   I agree to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete, or not current.
4. ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3. ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน สมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของข้าพเจ้า บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจเพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร
   I acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับการใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร

If you fail to provide the information necessary for consideration of the status of a tax resident of other countries or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าและรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย Insurance Applicant / Insured	✍ Hanson H.
ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Giving Consent as Legal Representative / Legal Guardian of the Insurance Applicant / Insured (Incase the insurance applicant / insured is a minor)	✍

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท
Read the Company's Privacy Policy by scanning it.

สแกนเพื่อตรวจสอบรายชื่อประเทศที่เข้าร่วม CRS
Read the list of CRS participating nations by scanning.