



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

43 อาคารไทย ชีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้
แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

สำนักงานใหญ่ 02-844-0000 ศูนย์บริการลูกค้า 02-033-9000

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การ
ปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่
จ่ายเงินค่าเดินทางหากเกณฑ์ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่ง
และพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเลขที่
กรมธรรม์เลขที่

คำแนะนำในการใช้ใบคำขอเอาประกันชีวิต

- ก. กรณีข้อแบบประกันภัยที่ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ ให้กรอกส่วนที่ 1-2 และส่วนที่ 5-8
- ข. กรณีข้อแบบประกันภัยที่ต้องตอบคำถามสุขภาพอย่างถ้วน ให้กรอกส่วนที่ 1-2, ส่วนที่ 3 (ข้อ 14) และส่วนที่ 5-8
- ก. กรณีข้อแบบประกันภัยที่ต้องตอบคำถามสุขภาพอย่างละเอียด ให้กรอกส่วนที่ 1-8

ส่วนที่ 1 คำขอเพื่อยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

[ก, ข, ค]

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายยินดี มีชัย	เอกสารที่ใช้แสดง
ชื่อ-นามสกุลเดิม -	<input checked="" type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง
เพศ <input checked="" type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด 1 / มกราคม / 2535 อายุ 30 ปี	<input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สูตินัตร <input type="checkbox"/> อื่น เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
สัญชาติ <input checked="" type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ	วันหมดอายุ 30 / 12 / 2572
สถานภาพ <input checked="" type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า ส่วนสูง 180 ซม. น้ำหนัก 75 กก.	
ชื่อ-นามสกุล ภรรยา/สามี -	ชื่อ-นามสกุลเดิม -

2. ที่อยู่และที่ทำงาน	ที่อยู่ปัจจุบัน <input checked="" type="checkbox"/> เมืองที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 46/8 หมู่บ้าน/อาคาร อาคารรุ่งโรจน์เนนกุล ตึก B	ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน รัชดาภิเษก	ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล หัว忠วงศ์ เขต/อำเภอ หัว忠วงศ์	แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10310	จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
สถานที่ทำงาน <input checked="" type="checkbox"/> เมืองที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> เมืองที่อยู่ปัจจุบัน	สถานที่ทำงาน
ชื่อ..... อาคาร เลขที่..... หมู่ที่	<input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน
ตรอก/ซอย..... ถนน	โทรศัพท์บ้าน มือถือ 02-867-3857
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ	โทรศัพท์ที่ทำงาน อีเมล
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์	

3. อาชีพประจำลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ พนักงานบริษัทเอกชน/งานด้านเอกสาร/ประกันชีวิต	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ประสานงาน
อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) ลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ	รายได้ต่อปี 300,000 บาท
	ตำแหน่ง
	รายได้ต่อปี

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัยที่ต้องการ โดยรายละเอียดมีดังนี้
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย ออมคัมคัม 10/5 ระยะเวลาเอาประกันภัย 10 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 5 ปี ชนิด <input type="checkbox"/> มีเงินปันผล <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล วงการชาร์จเบี้ยประกันภัย <input checked="" type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> ชำระเบี้ยประกันภัยครึ่งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต	111,200	100,080
สัญญาเพิ่มเติม : ยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP)		
อุบัติเหตุ และ ทุพพลภาพ (AI)		
อุบัติเหตุ จลาจล สงครามกลางเมือง (AIRCC)		
อุบัติเหตุสืบเชื้อชื้น และสัญญาอัจฉริยะ (ADD)		
อุบัติเหตุ จลาจล สงครามกลางเมือง (ADDRCC)		
อุบัติเหตุสืบเชื้อชื้น(ADB)		
การประกันสุขภาพลัสตัน(HS PLUS ONE)		
ค่าพยาบาลรายวัน(HB)		
โรคร้ายแรงพิเศษ(MCI44)		
	เบี้ยประกันภัยรวม	

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย เลือก

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> เช็คบิ๊กคร่อม | <input type="checkbox"/> นำไปชำระเบี้ยประกันภัย | <input checked="" type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม |
| โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา | | |
- ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินครบกำหนดสัญญา/เงินค่าสินไหมทดแทน (ยกเว้นกรณีสิ่งไม่ประสงค์ด้วย) /เงินอื่น เลือก
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> เช็คบิ๊กคร่อม |
| <input checked="" type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี นายอินติ มีชัย เลขที่บัญชี 0-000-000-0 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา พระราม 9 |

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

(1) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้าท่านทราบว่าเมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่จะไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของ

ผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คบิ๊กคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว

(2) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารชั่วtemp ได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คบิ๊กคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

5. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ 100,000 บาท

ชำระเป็น

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา |
| <input type="checkbox"/> เช็ค |
| <input type="checkbox"/> หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีร่วมที่ได้แจ้งต่องบริษัทฯ ธนาคาร |
| <input type="checkbox"/> ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร / เคาน์เตอร์เซอร์วิส / เอทีเอ็ม |
| <input type="checkbox"/> บัตรเครดิต ชนิด ออโอดิ หมายเหตุบัตรเครดิต วันที่บัตรหมดอายุ |
| <input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ เงินสด |

ในการรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงรายการรับเงิน เลขที่

ดำเนินการ หากรู้ว่าชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยของตนแล้วแต่จะได้รับในรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงรายการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยของตนไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับในส่วนเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงรายการรับเงินจากบริษัท

การชำระเบี้ยประกันภัยจะต่อไปโดย หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ หักผ่านบัตรเครดิต หมายเหตุ วันหมดอายุ

(ในกรณีที่ไม่ได้ระบุให้ก็อว่าชำระเบี้ยประกันภัยจะต่อไปด้วยเงินสด) กรุณากรอกความประสงค์ของท่านตามแบบฟอร์ม “หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก” หรือ “หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัญชีบัตรเครดิต”

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อและนามสกุล นายอินติ มีชัย อายุ 30 ปี ความสัมพันธ์ ตนเอง

อาชีพ พนักงานบริษัทเอกชน รายได้ต่อปี 300,000 บาท

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่นๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ 1-2345-67891-23-4 วันหมดอายุ 1/1/2572

- | |
|---|
| ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้ <input checked="" type="checkbox"/> เมื่อนี้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> เมื่อนี้ที่อยู่บ้านผู้ขอเอาประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> 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
นางสาว มีชัย	60	มารดา	เมืองอุดรธานี	100%

ส่วนที่ 2 คำตามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

[ก, ข, ค]

กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถาม ในหัวข้อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปเลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอคืนเงินสูญเสียตามเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทที่หรือบิริษัทอื่นบ้าง หรือไม่

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ใช่/เคย

ไม่ใช่/ไม่เคย

ใช่/เคย

ไม่ใช่/ไม่เคย

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

ส่วนที่ 2 ค่าตอบแทนเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ขออาประกันภัย และผู้ช่วยระเบียบประกันภัย (ต่อ) [ก, ข, ค]				
กรณีที่ผู้ขออาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาพิมพ์เติมผลประโยชน์ผู้ช่วยระเบียบประกันภัย กรุณาตอบ คำถามในช่องผู้ช่วยระเบียบประกันภัย		ผู้ขออาประกันภัย	ผู้ช่วยระเบียบประกันภัย	
ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขออาประกันภัยดังกล่าวไว้กับ ^{บริษัทนี้หรือบุรุษที่อื่นหรือไม่}				
ผู้ขออาประกันภัย				
บริษัท	จำนวนเงินอาประกันภัย (บาท)			ขณะนี้สัญญานี้ผลบังคับ หรือไม่
ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	
ผู้ช่วยระเบียบประกันภัย				ขณะนี้สัญญานี้ผลบังคับ หรือไม่
บริษัท	จำนวนเงินอาประกันภัย (บาท)			
ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	
9. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่				<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
10. ท่านสูบ หรือเคยสูบยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ สามารถ ปี เลิกสูบเมื่อ				<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
11. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ขาด / ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มนาน ปี เลิกดื่มเมื่อ				<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
12. ท่าน สูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ชนิด ปริมาณ ดาวน์/วัน ระยะเวลา ปี เลิกสูบเมื่อ				<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
13. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านก็ตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง				<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
ส่วนที่ 3 ค่าตอบแทนเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขออาประกันภัยและผู้ช่วยระเบียบประกันภัย [ข (ข้อ 14), ค]				
กรณีที่ผู้ขออาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาพิมพ์เติมผลประโยชน์ผู้ช่วยระเบียบประกันภัย กรุณาตอบ คำถามในช่องผู้ช่วยระเบียบประกันภัย		ผู้ขออาประกันภัย	ผู้ช่วยระเบียบประกันภัย	
ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา				
ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมาท่านเคยมาเจ็บ หรือเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคย ^{ได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็นไซร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแบบแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเดือดเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่}				
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/ รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา ^(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)	

ส่วนที่ 3 คำตามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอกสารประจำบ้านกับและผู้ช่วยประจำบ้านกับ (ต่อ)

[๑]

กรณีที่ผู้ขอเอกสารประจำบ้านกับเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซึ่งด้วยญาติพี่น้องผลประโยชน์ผู้ช่วยประจำบ้านกับ กรุณาตอบ คำตามในช่องผู้ช่วยประจำบ้านกับ	ผู้ขอเอกสารประจำบ้านกับ		ผู้ช่วยประจำบ้านกับ	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือดึงข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้าย คำตามนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ก. โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเดินเลือดหัวใจดีน โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคสมองและอื่นๆ รวมถึง โรคอวัยวะที่ไม่สามารถระบุชื่อได้ เช่น โรคไข้รูมาติก โรคไข้ในมั่นในเดือนตุลาคม	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. โรคมะเร็ง โรคต่อมน้ำเหลือง โรคเนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. โรคของต่อมใต้สมอง โรคของต่อมหมากไต โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต โรคถุงน้ำในไห โรคน้ำดีช้ำน ม้ามโน โรคแพลงก์นที่ติดเชื้ออาหาร โรค ลักษณะเดียวกันกับไข้หวัดใหญ่ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดใหญ่ในเด็ก ไข้หวัดใหญ่ในประเทศจีน	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคภัยไข้ดัน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหดหายใจเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. สาขามาก โรคของประสาทชา โรคต้อหิน โรคต้อกระจะก	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. โรคข้ออักเสบ โรคเก้าท์ โรคหนังแข็ง โรคอสแอลอฟ โรคมัลติเพลิกส์เคลอโรซิส โรคเลือด โรคจิตเวช โรคระบบประสาท โรคซึมเศร้า ความซึ้นโครม พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ญ. โรคอุดสีหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคภัยไข้ดัน ภัยใน 2 ปี	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฎ. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ดึงข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือดึงข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การ รักษา/ การดึงข้อสังเกต โดยแพทย์ และการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ดึงข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)	
16. ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ก. เจ็บหรือแน่นหน้าอกร ใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยง่ายผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายปัสสาวะเลือด ภาวะไข้ในมั่นพอกดัน ท้องมาก ท้องเดินเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง มีเลือดปนในปัสสาวะ ภาวะการมีประจำเดือนในปัสสาวะ ภาวะน้ำคลาดในเลือดสูงหรือมีน้ำคลาดใน ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. คลำพัก้อนเนื้อ ตัวเหลือง ตาเหลือง ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ไอเป็นเดือด	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ปวดข้อเรื้อรัง ข้อเลือด มือวายเวล่วงกว่าเดือน ก้อน หรือดึงเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. การมองเห็นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ การพูดผิดปกติ มีพัฒนาการช้า เกยพยาบาลทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ห้องเสียวเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หมายเหตุ				
ช. กำลังดึงครรภ์หรือไม่ อายุครรภ์.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการดึงครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ประจำเดือนมากมาต่อเนื่อง ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน		

ส่วนที่ 4 คำตามเพิ่มเติมสำหรับการขออาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรครายแรงหรือโรคระเริง [ก]			
17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือดึงข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้าย คำตามนี้หรือไม่	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
ก. ติดเชื้อในทุขั้นกลาง โรคประสาททูเดื่อม ต่อมгонซิกอักเสบเรื้อรัง ไข้น้ำอักเสบ ปวดศีรษะไมเกรน ภูมิแพ้ สะเท็จเงิน หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ข. กระดูกหักสันหลังเคลื่อน/คด/เลื่อน หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือหักสันปะรำ ข้อเลื่อน เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง เส้นประสาಥอกเสบหรือถูกเบี้ยดทับ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ค. ออทิสติก สมชีส์	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ง. เชื่อนูโพร์มดลูกเจริญพัฒนา	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
จ. ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ราค / อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา ^(ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือดึงค่าสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา ^(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
18. สำหรับผู้ขออาประกันภัยและผู้ช่วยเหลือประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขออาประกันภัย [ก, ข, ค]		
1. การรับรองสถานะ		
ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศไทยที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ลือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศไทยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ลือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศไทยหรือไม่	
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีคิ่นที่อยู่อาศัยอย่างถูกกฎหมายในประเทศไทยหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและลืมพลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ	
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศไทยหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีคิ่นที่อยู่ในประเทศไทยหรือไม่เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศไทยหรือไม่ (เช่น มีคิ่นที่อยู่ในประเทศไทยหรือไม่)	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
2. คำรับรอง		
(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA		
(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทฯ เป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าที่บริษัทฯ ที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA		
(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทฯ ขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด		
(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทฯ ไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือไม่ ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล		
(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สัตย์กับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA		

ส่วนที่ 6 ผู้ขออาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิของเว้นภัยเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ [ก, ข, ค]		
<input checked="" type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขออาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากการสรรพากร เลขที่ 1-2345-67891-23-4		
<input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์		

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบใบในคำขออาประกันภัย/ผู้ช่วยเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครอง

ผู้ช่วยเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

[ก. ข. ค]

1. ข้าพเจ้าขอรับทราบว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขออาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ด้วยกันและบุคคลอื่นใด ที่มีความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้า และ/หรือผู้เย้ายิ่ง ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณาเรับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เย้ายิ่ง ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณาเรับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าพิโภตความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทำต่อการพิจารณาเรับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ในไฟล์ของข้าพเจ้า เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณาเรับประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [\[https://www.kwlife.com/privacy-policy/\]](https://www.kwlife.com/privacy-policy/) รวมทั้ง รับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าได้รับข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นในนามของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณาเรับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนี้แล้ว [<https://www.kwlife.com/privacy-policy/>] ซึ่งมีการแจ้งวัดคุณประสมศักดิ์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัดคุณประสมศักดิ์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัดคุณประสมศักดิ์ที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการขออาประกันภัย

ลงชื่อ

()

ผู้ช่วยเบี้ยประกันภัย

(กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ช่วยเบี้ยประกันภัย)

ลงชื่อ นายยินดี มีชัย

()

ผู้ขออาประกันภัย

ลงชื่อ

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขออาประกันภัย

(กรณีผู้ซื้ออาประกันภัยไม่บรรลุนิติภาวะ)

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
 - หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา สำหรับการประกันภัยแบบอินเวสเม้นต์ ลิงค์ (ยูนิต ลิงค์) ท่านจะได้รับมูลค่าบัญชีกรมธรรม์ นวักกับค่าการประกันภัยตามจำนวนวันที่ซื้อมาได้ให้ความคุ้มครอง (ถ้ามี)
 - ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
 - หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เนื่องแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้อาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย หรือ มูลค่ารับซื้อคืนหน่วยลงทุน / ค่าธรรมเนียมกรมธรรม์ (ถ้ามี) ที่เหลือหลังจากหักค่าธรรมูลภาระที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัททบบันละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัย หรือ มูลค่ารับซื้อคืนหน่วยลงทุน / ค่าธรรมเนียมกรมธรรม์ (ถ้ามี) บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบ นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปก. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

(ตัวแทน / บอร์ดเกอร์)

๑๕๒ นางสาวย มีชัย / ศรีกรงประกันชีวิตใบ rakgeorge

นายยินดี มีชัย

(พยาน / ตัวแทนฯ) ระบุชื่อ/นามสกุล _____

ผู้ขออาประกันภัย

សំណើអ៊ូ

อ. วิชัย

ພາຍໃນ

ผู้ให้ความยินยอมในงาน

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขออาประกันภัย

(กรณีผู้ขออาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(ตัวแทน / บอร์ดเกอร์)

ชื่อนายหน้า/ตัวแทน นางสาว วีร์พัช/ศรีกิรงประกันนิเวชิต ใจราดากร ใบอนุญาตเลขที่ 650000000

เลขที่ทะเบียนของผู้ติดต่อ กับ ผู้ลงทุน

ชื่อหน่วย รหัสหน่วย รหัสตัวแทน

สำนักงาน

กรณีที่มีการแก้ไข ขิดม่า ขุดลบ ให้เช่นตัวอักษรที่

CRS Self – Certification Form for Individual สำหรับลูกค้าประกันภัยธรรมดा

ส่วนที่ 1	การแสดงข้อมูลของลูกค้า (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)	วันที่ / Date
Part 1	Status of Customer: CRS Individual Self-Certification (Please specify in English)	1 / Sep / 2023

1. เลขที่ใบคำขอประกันภัย / 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 **ประเทศไทย/Country**

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

ถิ่นที่อยู่ทางภาษี หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้น สำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้น และ/หรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจาก มีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ โดยนิยามของถิ่นที่อยู่ทางภาษีอาจแตกต่างกัน ออกไปตามกฎหมายภายในว่าด้วยภาษีของแต่ละประเทศ จึงเป็นไปได้ที่บุคคลหนึ่งจะมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่าหนึ่งประเทศ บริษัทไม่สามารถให้คำแนะนำ ด้านภาษีแก่ท่านได้ ดังนั้น หากท่านไม่แน่ใจในสถานะถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่านหรือประเด็นที่เกี่ยวข้อง กรุณาขอคำแนะนำจากที่ปรึกษาทางภาษีหรือ หน่วยงานด้านภาษีของท่าน

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 year 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)	หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีเอกสาร ในต่างประเทศนั้น ต้องระบุเหตุผล If no TIN available enter reason (A) (B) or (C)	หากท่านเลือกเหตุผล B โปรดอธิบายเหตุผลที่ ท่านไม่สามารถขอหมายเลขอประจำตัวผู้เสียภาษี ได้ Please explain why you are unable to obtain a TIN if you select Reason B
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	

เหตุผล (เอ) Reason (A)	ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยในประเทศนั้น The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.
เหตุผล (บี) Reason (B)	ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ 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) Reason (C)	ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เฉพาะกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้นไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี TIN not required. If the domestic law of that country does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction.

ส่วนที่ 3
Part 3

การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ
Confirmation of Change of Status

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่ตั้งเป็นความจริง ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
 I confirm that the above information is true, complete, accurate, and current.
- 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.
- ข้าพเจ้าตกลงที่แจ้งให้บริษัททราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทภายใน 30 วันหลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของข้าพเจ้าที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง 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.
- ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3. ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ เกี่ยวกับสถานะของข้าพเจ้า 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.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีสิทธิที่อยู่ทางภาษีในประเทศไทยนั้น 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.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขดังนี้ 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	 <i>Hanson H.</i>
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.

