สรุปเอกสารในชุดใบคำขอ

1. ใบคำขอเอาประกัน (เซ็นชื่อผู้เอาประกันกำกับที่มุมขวาล่างทุกหน้า หากเป็นผู้เยาว์ ให้เซ็นชื่อผู้ชำระเบี้ย)

- กรณีซื้อแบบประกันที่ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ กรอกส่วนที่ 1 - 2 และส่วนที่ 5 - 8
- กรณีซื้อแบบประกันที่ต้องตอบคำถามสุขภาพอย่างสั้น กรอกส่วนที่ 1 - 2, ส่วนที่ 3 (ข้อ 14) และส่วนที่ 5 - 8
- กรณีซื้อแบบประกันที่ต้องตอบคำถามสุขภาพอย่างละเอียด กรอกส่วนที่ 1 - 8

2. ใบเสนอราคา

3. หนังสือขอความยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (อยู่ในชุดใบเสนอราคา)

4. หนังสือรับรองตนเองสำหรับบุคคลธรรมดา (อยู่ในชุดใบเสนอราคา)

5. สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกัน (หากเป็นผู้เยาว์ใช้สำเนาสูติบัตร)

6. สำเนาบัตรประชาชนผู้ชำระเบี้ย (กรณีระบุข้อมูลผู้ชำระเบี้ยเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้เอาประกัน)

7. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

8. สำเนาเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ (สูติบัตร, ทะเบียนบ้าน, ทะเบียนสมรส)

- ระหว่างผู้เอาประกันกับผู้ชำระเบี้ย
- ระหว่างผู้เอาประกันกับผู้รับผลประโยชน์

9. หลักฐานการชำระเบี้ยประกัน (การชำระเบี้ยงวดแรกเป็นผู้เอาประกัน หรือ บุคคลใดก็ได้)

- เงินสด (สลิป, ใบ pay in, ใบนำฝาก)
- ตัดบัตรเครดิต (แบบฟอร์มยินยอมหักบัตรเครดิต + สำเนาบัตรเครดิต + สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของบัตรเครดิต)

*** การชำระเบี้ยงวดแรกเป็นผู้เอาประกัน หรือ บุคคลใดก็ได้**

10. กรณีชาวต่างชาติ ต้องแนบสำเนาเอกสาร work permit

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 ....
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..
ชื่อ-นามสกุลเดิม..
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด........ /....................../.............. อายุ .... .ปี
สัญชาติ ☐ ไทย ☐ อื่นๆ ....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ส่วนสูง ....ซ.ม. น้ำหนัก ....กก.
ชื่อ-นามสกุล ภรรยา/สามี ....ชื่อ-นามสกุลเดิม ....

เอกสารที่ใช้แสดง
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง
☐ ทะเบียนบ้าน ☐ สูติบัตร ☐ อื่น ....
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่
☐|☐☐☐☐|☐☐☐☐☐|☐☐|☐
วันหมดอายุ ..../..................../.......................

2. **ที่อยู่และที่ทำงาน**
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่................หมู่บ้าน/อาคาร.....................................
หมู่ที่ ....ตรอก/ซอย.................................. ถนน.................................
แขวง/ตำบล..เขต/อำเภอ.......................................
จังหวัด... รหัสไปรษณีย์ ....
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...
โทรศัพท์ ที่ทำงาน ....อีเมล ....

3. อาชีพประจำ/ลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ ....
....
อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) ลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ ....
....

ตำแหน่ง ....
รายได้ต่อปี .... บาท
ตำแหน่ง ....
รายได้ต่อปี .... บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

4. **รายละเอียดการขอเอาประกันภัย**
ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัยที่ต้องการ โดยรายละเอียดมีดังนี้
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย....................................... ระยะเวลาเอาประกันภัย.............. ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย......... ปี ชนิด☐ มีเงินปันผล ☐ ไม่มีเงินปันผล
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต		
สัญญาเพิ่มเติม : ยกเว้นเบี้ยประกันภัย (WP)		
อุบัติเหตุ และ ทุพพลภาพ (AI)		
อุบัติเหตุ จลาจล สงครามกลางเมือง (AIRCC)		
อุบัติเหตุเสียชีวิต และสูญเสียอวัยวะ (ADD)		
อุบัติเหตุ จลาจล สงครามกลางเมือง (ADDRCC)		
อุบัติเหตุเสียชีวิต(ADB)		
การประกันสุขภาพพลัสวัน(HS PLUS ONE)		
ค่าพยาบาลรายวัน(HB)		
โรคร้ายแรงพิเศษ(MCI44)		
	เบี้ยประกันภัยรวม	

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 .... บาท

ชำระเป็น

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

☐ เช็ค

☐ หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร...

☐ ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร / เคาน์เตอร์เซอร์วิส / เอ ที เอ็ม

☐ บัตรเครดิต... ชนิด... ออกโดย...

หมายเลขบัตรเครดิต...วันที่บัตรหมดอายุ..............................

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..................

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงิน เลขที่ ....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

การชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่อไปโดย ☐ หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ ☐ หักผ่านบัตรเครดิต .... หมายเลข ....วันหมดอายุ ..../..........

(ในกรณีที่ไม่ได้ระบุให้ถือว่าชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่อไปด้วยเงินสด) กรุณากรอกความประสงค์ของท่านตามแบบฟอร์ม “หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก” หรือ “หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัญชีบัตรเครดิต”

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อและนามสกุล.. อายุ .... ปี ความสัมพันธ์ ....

อาชีพ .... รายได้ต่อปี .... บาท

เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ....

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ .... วันหมดอายุ ....

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**

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**

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

ผู้ขอเอาประกันภัย

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	

9. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่	☐	☐	☐	☐
10. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ โปรดระบุชนิด ……….……. ปริมาณ …………. ความถี่ ……………. ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ....ปี เลิกเสพเมื่อ	☐	☐	☐	☐
11. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ โปรดระบุชนิด .... ปริมาณ ....ขวด / ครั้ง ความถี่ ....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ....ปี เลิกดื่มเมื่อ	☐	☐	☐	☐
12. ท่าน สูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ชนิด ....ปริมาณ ....มวน/วัน ระยะเวลา ....ปี เลิกสูบเมื่อ…………………….....	☐	☐	☐	☐
13. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพิ่มขึ้น .... ก.ก. ลดลง .... ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง	☐	☐	☐	☐

<u>ส่วนที่ 3</u> คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย [ข (ข้อ 14), ค]				
กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	**ผู้ขอเอาประกันภัย**		**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**	
	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)

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)

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 ๆของข้าพเจ้าที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย 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

<u>ส่วนที่ 7</u> 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	ลงชื่อ ....
( )	( )
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ ....

( )

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 .... ( ) พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ .... ( ) ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ .... ( ) พยาน

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

ชื่อนายหน้า/ตัวแทน ....ใบอนุญาตเลขที่...

เลขที่ทะเบียนของผู้ติดต่อกับผู้ลงทุน ....

ชื่อหน่วย .... รหัสหน่วย ....รหัสตัวแทน ....

สำนักงาน ....

กรณีที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ให้เซ็นต์ชื่อกำกับทุกที่

หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก

เขียนที่ ....

วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร .... สาขา ....

ข้าพเจ้า .... เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท ....

ชื่อบัญชี .... บัญชีเลขที่ ....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ .... ตรอก / ซอย .... ถนน ....

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

รหัสไปรษณีย์ .... โทร. ....

เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยหรืออื่นๆ ให้ ☐ ตนเอง ☐ บุคคลอื่น (ระบุชื่อ – สกุล) ....

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้แก่ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "บริษัท" เพื่อชำระค่าเบี้ยประกัน ตามจำนวนที่ปรากฏในรายละเอียดที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินจำนวนดังกล่าว โอนเข้าบัญชีของบริษัทตามที่กำหนดไว้โดยข้าพเจ้าขอยอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าได้ ต่อเมื่อจำนวนเงินในบัญชีเงินฝากมีเพียงพอสำหรับการหักเงินบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามข้อความข้างต้นนั้น หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้องและธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามจำนวนเงินนั้นแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเยกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามรายละเอียดที่ธนาคารได้รับจากบริษัท

กรณีเลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวข้างต้นได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม ให้หนังสือยินยอมฉบับนี้คงมีผลบังคับใช้สำหรับบัญชีเงินฝากเลขหมายที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าตลอดไป โดยให้มีผลใช้บังคับทันทีนับตั้งแต่วันทำหนังสือฉบับนี้จนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .... (ผู้ให้ความยินยอม)

(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u>	<u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u>
บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) รับรองลายมือชื่อผู้ให้คำยินยอม ลงชื่อ	ผู้มีอำนาจของธนาคารตรวจสอบ ลงชื่อ .... (ผู้รับรองลายมือชื่อ) ธนาคาร .... สาขา ....

สำหรับบริษัท

บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120
โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

KWI

หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัญชีบัตรเครดิต/บัตรเดบิต

วันที่ ....

เรียน บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .... เป็นผู้ชำระเงินของกรมธรรม์ประกันภัยตามรายละเอียดดังนี้

1. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ....วันครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย..
2. ชื่อผู้เอาประกันภัย ....
3. จำนวนเงิน .... บาท (จำนวนเงินเป็นตัวอักษร...)

มีความประสงค์ใช้บัตรเครดิต/บัตรเดบิตในการชำระ

☐ เบี้ยประกันภัยงวดแรก / งวดต่ออายุ ครั้งเดียว ☐ เบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีอัตโนมัติต่อไปทุกงวดการชำระ

☐ เงินเพื่อกลับสถานะกรมธรรม์ (Reinstatement) ☐ เงินเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขกรมธรรม์

รายละเอียดบัตรเครดิต/บัตรเดบิต ดังนี้ ประเภทบัตร

☐ VISA ☐ MasterCard ชื่อผู้ถือบัตรเครดิต/บัตรเดบิต...

ระบุสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต/บัตรเดบิต .... เดือน / ปี (ค.ศ.) ที่บัตรหมดอายุ ..../.................................

เลขที่บัตรเครดิต/บัตรเดบิต ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ที่อยู่ตามบัญชีบัตรเครดิต/บัตรเดบิต ....

โทรศัพท์บ้าน .... ที่ทำงาน .... มือถือ .... อีเมล์ ....

มีความสัมพันธ์เป็น .... ของผู้เอาประกันภัยตามรายชื่อด้านบน

มีความประสงค์ให้ธนาคารหรือสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต/บัตรเดบิต หักเงินจากและ/หรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิต/บัตรเดบิตหมายเลขดังกล่าวข้างต้นของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ต่อไปนี้เรียกว่า "บริษัท" ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในรายละเอียดที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินจำนวนที่หักดังกล่าว โอนเข้าบัญชีของบริษัท ตามวันที่บริษัทกำหนด โดยข้าพเจ้าตกลงให้ถือว่าบรรดาเอกสารต่างๆ เกี่ยวกับการยินยอมให้ธนาคารเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตบัตร/เดบิตที่ธนาคารได้จัดทำขึ้นมีความถูกต้องทุกประการ และ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขในการใช้บัตรเครดิต/บัตรเดบิตของธนาคารหรือสถาบันที่ออกบัตรทุกประการ

ในกรณีที่เอกสารหลักฐานหรือหมายเลขบัตรเครดิตดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตามหนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิต/บัตรเดบิตฉบับนี้คงมีผลใช้บังคับบัตรเครดิต/บัตรเดบิตหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ด้วย

ในการเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิต/บัตรเดบิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันที่ทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคารจะได้บอกเลิกการใช้บัตรตามหนังสือฉบับนี้ หรือข้าพเจ้าจะได้เพิกถอนโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร และบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 30 วัน

ในการหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิต/บัตรเดบิตของข้าพเจ้า เพื่อชำระเงินให้แก่ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นั้น ข้าพเจ้าจะถือได้ว่าชำระเบี้ยประกันภัยโดยสมบูรณ์ ซึ่งจะมีผลให้กรมธรรม์ของข้าพเจ้ามีผลบังคับก็ต่อเมื่อธนาคารและ/หรือสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต/บัตรเดบิต ได้หักเงินและ/หรือชำระเงินให้แก่บริษัทแล้ว หากปรากฏว่า ธนาคารหรือสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต/บัตรเดบิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิต/บัตรเดบิตของข้าพเจ้าได้ ไม่ว่ากรณีใดๆก็ตามให้ถือว่าข้าพเจ้ายังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้ เป็นลายมือชื่อของข้าพเจ้าจริง หากปรากฏว่าลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้แตกต่างจากลายมือชื่อที่ให้ไว้กับธนาคาร ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิต/บัตรเดบิตของข้าพเจ้าได้ทุกประการ โดยข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการโต้แย้ง หรือใช้สิทธิเรียกร้องใดๆ เอากับธนาคาร และ/หรือบริษัททั้งสิ้น

ลงชื่อ .... เจ้าของบัตรเครดิต/บัตรเดบิต

(..)

ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้ไว้ในบัตรเครดิต/บัตรเดบิต

หมายเหตุ

1) การแจ้งความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักจากบัตรเครดิต/บัตรเดบิต เพื่อให้มีผลต่อการชำระเบี้ยประกันภัยได้ทันงวดชำระถัดไป โปรดแจ้งบริษัทฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วันทำการ ก่อนวันครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยของท่าน
2) การรับประกันภัยจะมีผลสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต/บัตรเดบิตของท่านแล้วเท่านั้น

KWI

หนังสือยินยอมขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
ของผู้เอาประกันชีวิต กับ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เขียนที่ ....

วันที่ ....

ข้าพเจ้าชื่อ..เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน
บัญชีเลขที่...ชื่อเจ้าของบัญชี.. ณ ธนาคาร...
สำนักงานใหญ่/สาขา .... ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้กับ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เพื่อแสดงความประสงค์เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย ดังข้อความที่ระบุไว้ต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์ประกันภัยหมายเลขดังต่อไปนี้เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้า โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายเงินผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .... ชื่อผู้เอาประกันภัย ....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .... ชื่อผู้เอาประกันภัย ....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .... ชื่อผู้เอาประกันภัย ....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .... ชื่อผู้เอาประกันภัย ....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .... ชื่อผู้เอาประกันภัย ....

2. ในกรณีบริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ในข้อที่ 1. ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีจะรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คตามวิธีปกติ หลังจากบริษัทฯ ได้รับแจ้งปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร

3. หากมีการเปลี่ยนแปลงเจตนาที่เกี่ยวกับการใช้บัญชีธนาคารที่ระบุไว้ในวรรคต้นข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทฯเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน

4. กรณีกรมธรรม์ประกันภัยผู้เยาว์ ข้าพเจ้าทราบว่า บริษัทฯ จะสั่งจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยในนามของผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว

5. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ยกเลิกการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ โดยให้บริษัทฯ จ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คตามวิธีปกติ

6. ข้าพเจ้าได้แนบ ☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ ☐ Statement บัญชีกระแสรายวัน ซึ่งเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องมาพร้อมนี้แล้ว

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าได้ลงนามไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานให้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ...พยาน
( )

ลงชื่อ..
ผู้เอาประกันภัย/เจ้าของบัญชี
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

เจ้าหน้าที่บริษัทบันทึกข้อมูล
วันที่