บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

แบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์ความต้องการซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิต

เลขที่ใบคำขอ _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย _____ อายุ (ปี) ____ รายได้ประจำต่อปี (บาท) _____

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า จำนวนบุคคลที่อยู่ภายใต้การดูแล (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร) (คน) _____

การศึกษา ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ผู้ใช้อำนาจปกครอง (ผู้ปกครอง) เป็นผู้กรอกแบบสอบถามแทน

ส่วนที่ 2 ความต้องการทางการเงินและผลิตภัณฑ์ประกันชีวิต

2.1) ความคุ้มครองปัจจุบันของท่าน

1. ท่านมี (เคยมี) กรมธรรม์ประกันชีวิตหรือกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุนหรือไม่
   - ☐ ไม่มี
   - ☐ มี (กรุณาตอบข้อ 2)
2. ณ ปัจจุบัน สถานะของกรมธรรม์ประกันชีวิตหรือกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุนของท่านเป็นอย่างไร
   - ☐ ยังต้องชำระเบี้ยประกันชีวิตอยู่
   - ☐ ไม่ต้องชำระเบี้ยประกันชีวิตแล้ว
   - ☐ ไม่มีผลบังคับใช้แล้ว
3. ท่านมีความจำเป็นต้องนำเงินที่จ่ายเป็นเบี้ยประกันชีวิตมาใช้ในการจับจ่ายใช้สอยประจำวันหรือไม่
   - ☐ ไม่จำเป็น เพราะได้แบ่งเงินส่วนนี้ไว้ต่างหากแล้ว
   - ☐ จำเป็นเล็กน้อย หากไม่สามารถหารายได้มาใช้ในช่วงเวลาดังกล่าว
   - ☐ จำเป็นมาก เนื่องจาก _____

2.2) กรุณาระบุความต้องการของท่าน (กรุณาระบุเพียง 1 รายการ)

- ☐ 1.เพื่อคุ้มครองชีวิตและรายได้ (Protection)**
- ☐ 2.เพื่อคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล (Medical Expenses)
- ☐ 3.เพื่อการศึกษาของบุตร (Education)
- ☐ 4.เพื่อการเกษียณอายุ (Retirement)
- ☐ 5.เพื่อสร้างกองมรดก (Legacy)**
- ☐ 6.เพื่อการออมเงินและการลงทุน (Saving & Investment)
- ☐ 7.เพื่อคุ้มครองโรคร้ายแรง (Critical Illness)**
- ☐ 8.เพื่อคุ้มครองอุบัติเหตุ (Accident)**
- ☐ 9.เพื่อคุ้มครองสินเชื่อ (Debt)**
- ☐ 10.เพื่อลดหย่อนภาษี (Tax)**

**กรณีเลือกข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น กรุณาตอบคำถาม 2.3) ข้อ 1

2.3) วางแผนทางการเงิน (กรุณาระบุเพียง 1 รายการตามความต้องการหลักของท่าน)

☐ 1.เพื่อคุ้มครองชีวิตและรายได้ (Protection)

- ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท) _____
- จำนวนปีที่ต้องการความคุ้มครอง _____
- เงินออมที่มีอยู่ (บาท) _____

ความคุ้มครองอื่นๆ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ คุ้มครองโรคร้ายแรง ☐ คุ้มครองอุบัติเหตุ

☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

เงินออมเป้าหมาย (บาท) _____
(ค่าใช้จ่ายต่อเดือน x 12 x จำนวนปี - เงินออมที่มีอยู่)

☐ 2.เพื่อคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล (Medical Expenses)

- โรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับบริการ _____
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ปี (บาท) _____
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน/ปี (บาท) _____
- ค่าห้องพักและค่าอาหาร/วัน (บาท) _____

ความคุ้มครองอื่นๆ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ คุ้มครองโรคร้ายแรง ☐ คุ้มครองอุบัติเหตุ

☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

2.3) วางแผนทางการเงิน (กรุณาระบุเพียง 1 รายการตามความต้องการหลักของท่าน)

☐ 3.เพื่อการศึกษาของบุตร (Education)

- แผนการศึกษาสูงสุดของบุตร

☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก

- จำนวนบุตร
- ค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษา (บาท)
- เงินออมที่มีอยู่ (บาท)

เงินออมเป้าหมาย (บาท)
(ค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษา - เงินออมที่มีอยู่)

☐ 4.เพื่อการเกษียณอายุ (Retirement)

- อายุที่ต้องการเกษียณ (ปี)
- ค่าใช้จ่ายต่อเดือนหลังเกษียณ (บาท)
- จำนวนปีที่คาดว่าจะใช้เงินหลังเกษียณ
- เงินออมที่มีอยู่ (บาท)

เงินออมเป้าหมาย (บาท)
(ค่าใช้จ่ายต่อเดือนหลังเกษียณ x 12 x จำนวนปี - เงินออมที่มีอย่)

☐ 5.เพื่อการออมเงินและการลงทุน (Saving and Investment)

- แผนในอนาคต

☐ ซื้อบ้าน ☐ ซื้อรถ ☐ แต่งงาน ☐ ท่องเที่ยว

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

- ระยะเวลาในการบรรลุเป้าหมาย (ปี)
- เงินออมทั้งหมดที่ต้องการ (บาท)
- เงินออมที่มีอยู่ (บาท)

เงินออมเป้าหมาย (บาท)
(เงินออมทั้งหมดที่ต้องการ - เงินออมที่มีอยู่)

- ท่านมีโครงการที่จะนำเงินออมหรือเงินลงทุนมาใช้ภายในระยะเวลา 10 ปี หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

- ท่านสามารถยอมรับความเสี่ยงได้หรือไม่ หากผลตอบแทนของผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตขึ้นอยู่กับผลตอบแทนการลงทุนที่ท่านเลือก โดยไม่รับรองผลตอบแทนขั้นต่ำ

☐ ยอมรับความเสี่ยงได้ ☐ ยอมรับความเสี่ยงไม่ได้

- ท่านต้องการชำระเบี้ยประกันชีวิตแบบใด

☐ แบบชำระครั้งเดียว ☐ แบบชำระเป็นประจำสม่ำเสมอ (รายงวด)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลของบุคคลที่สาม

กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้บุคคลที่สามเข้าร่วมรับฟังการเสนอขาย กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

ชื่อ-นามสกุลของบุคคลที่สาม ความสัมพันธ์ เบอร์ติดต่อ

ส่วนที่ 4 คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

☐ **ข้าพเจ้าเลือกผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตนี้ ตามคำแนะนำของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต**
ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตที่ข้าพเจ้าเลือกมีความหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ รวมทั้งเป้าหมายทางการเงินและความสามารถในการชำระเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า

☐ **ข้าพเจ้าไม่ได้เลือกผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตนี้ ตามคำแนะนำของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต**
ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าผลิตภัณฑ์แบบประกันชีวิตที่เลือกสอดคล้องกับความต้องการของข้าพเจ้า แม้ว่าจะไม่ได้ตรงตามผลการวิเคราะห์ความต้องการซื้อประกันชีวิต หรือคำแนะนำเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ของผู้เสนอขาย และข้าพเจ้าเข้าใจถึงความเสี่ยงว่าผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตอาจไม่เหมาะสมกับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ความต้องการซื้อประกันชีวิตนี้มีความถูกต้องครบถ้วน โดยผู้เสนอขายได้อธิบายรายละเอียดผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตที่แนะนำอย่างครบถ้วน และให้คำแนะนำ ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้าในการพิจารณาเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตโดยอาศัยข้อมูลที่ข้าพเจ้ายินยอมให้ไว้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าเป็นผู้พิจารณาเลือกและตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตด้วยตนเอง

ลงชื่อ
( )
ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

☐☐☐☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐☐☐
รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน ☐☐☐☐☐☐

ลงชื่อ
( )
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้มุ่งหวัง/ลูกค้า

ลงชื่อ
( )
บุคคลที่สาม (ถ้ามี)

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

วันที่ เดือน ปี