**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยประเภทสามัญชนิดทั่วไป
- ☐ แบบไม่ต้องตรวจสุขภาพ
- ☐ แบบตรวจสุขภาพ

แบบประกัน
- ☐ ทั่วไป
- ☐ ยูนิเวอร์แซลไลฟ์ (UL)

## ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ _____
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ _____ ปี เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ _____
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ _____

2. โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ
ก. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่สำหรับติดต่อ และส่งเอกสารสำคัญ)
เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร _____
ซอย,ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ข. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ใช้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน
เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร _____
ซอย,ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ค. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____
ง. อีเมล _____
**หมายเหตุ** ท่านจะได้รับทราบข้อมูล/ข่าวสารจากทางบริษัทฯ ผ่านทางอีเมล

3. อาชีพประจำ/ตำแหน่ง _____
ลักษณะงานที่ทำ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท
สถานที่ทำงาน _____
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) _____
ลักษณะงานที่ทำ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้

**4. คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) หรือผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตัวเอง**
ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ ระบุความสัมพันธ์ _____
ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
สัญชาติ _____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ _____
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท
โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
_____
_____
_____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

**5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย**

| แบบประกันภัย | | จำนวนเงินเอาประกันภัย | สัญญาเพิ่มเติม | | จำนวนเงินเอาประกันภัย |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ 12 พีแอล (85/12) | 12PL | | ☐ โรคร้ายแรง | DCI | |
| ☐ 25 พีแอล (90/25) | 25PL | | ☐ อุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ | AP | |
| ☐ ทวีทรัพย์ | 25PG | | ☐ อุบัติเหตุค่ารักษา | ECARE | |
| ☐ สมาร์ท เซฟเวอร์ | 20SS | | ☐ ค่ารักษาพยาบาลพิเศษ | MEA+ | |
| ☐ สินเกษียณ | PR60 | | ☐ ชดเชยรายวัน | MEB | |
| ☐ ชั่วระยะเวลา ☐ ปี (5,10,12,15) | PLB | | ☐ ชั่วระยะเวลา ☐ ปี (5,10,12,15) | PLS | |
| ☐ ไอโพรเทค 5 | 5WL85 | | ☐ ยกเว้นเบี้ยประกันภัย | WP | |
| ☐ ไอโพรเทค 10 | 10WL85 | | ☐ ผลประโยชน์มรณกรรมผู้ชำระเบี้ย | WPD01 | |
| ☐ ไอโพรเทค 85 | WLNP85 | | ☐ ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย | WPDD01 | |
| ☐ ไลฟ์เลกาซี 60 (ชนิดไม่มีเงินปันผล) | WLNP60L | | ☐ โรคมะเร็ง | CPR | |
| ☐ ไลฟ์เลกาซี 99 (ชนิดไม่มีเงินปันผล) | WLNP99L | | ☐ ชดเชยรายวันสำหรับโรคมะเร็ง | HIC | |
| ☐ ไอซิลด์ 05 | WLCI05 | | ☐ ยกเว้นเบี้ยจากโรคมะเร็ง | WPC | |
| ☐ ไอซิลด์ 10 | WLCI10 | | ☐ ไอชายด์ เฮลท์ โพรเทคชั่น | MEJ8B64 | |
| ☐ ไอซิลด์ 15 | WLCI15 | | ☐ สมาร์ท เมดิแคร์ คิดส์ | MEK | |
| ☐ ไอซิลด์ 20 | WLCI20 | | ☐ | | |
| ☐ ไอรีไทร์ ชิงเกิ้ล เพย์ | R01 | | ☐ | | |
| ☐ ไอรีไทร์ 5 เพย์ | R05 | | ☐ | | |
| ☐ | | | ☐ | | |

**แบบประกันไอพลัส**

☐ **สัญญาหลักไอพลัส** IPLUS จำนวนเงินเอาประกันภัย

| สัญญาเพิ่มเติม | |
|---|---|
| ☐ สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ AP10IP (เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลัก) | จำนวนเงินเอาประกันภัย |
| ☐ สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง TCI10IP (50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลัก) | จำนวนเงินเอาประกันภัย |

**แบบประกันคุ้มครองโรคร้ายแรงเริ่มต้น (ESCI)**

☐ **สัญญาหลักไอโพรเทค 85** WLNP85 จำนวนเงินเอาประกันภัย 100,000

| สัญญาเพิ่มเติม | จำนวนเงินเอาประกันภัย | | | | ยกเว้นเบี้ยฯโรคร้ายแรง |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ ES (5..., 50) WP (แบบสมัครเดี่ยวไม่มีส่วนลด) | ☐ 500,000 | ☐ 1,000,000 | ☐ 1,500,000 | ☐ 2,000,000 | ☐ WPE |
| | ☐ 2,500,000 | ☐ 3,000,000 | ☐ 4,000,000 | ☐ 5,000,000 | |
| ☐ ES (5..., 50) WPD (แบบครอบครัวและมีส่วนลด) | ☐ 500,000 | ☐ 1,000,000 | ☐ 1,500,000 | ☐ 2,000,000 | ☐ WPD |
| | ☐ 2,500,000 | ☐ 3,000,000 | ☐ 4,000,000 | ☐ 5,000,000 | |

**แบบประกันภัยคุ้มครองชีวิตและสุขภาพ เฟลคซี่ เฮลท์** (จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 200,000 บาท)

☐ คุ้มครองชีวิตสุขภาพ 85 (ชนิดไม่มีเงินปันผล) FWLNP85

**แผนประกันสุขภาพเฟลคซี่ เฮลท์ สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี**

**สุขภาพแผนหลัก** (ผู้ป่วยในแบบพื้นฐาน) (เลือกได้ 1 ช่อง)

☐ แผนสมาร์ท คิดส์
☐ แผนโกลด์ คิดส์

**สุขภาพแผนเพิ่มเติม** เลือกได้ 1 ช่อง

☐ สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยนอก
☐ สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยในแบบเติมเต็ม และสุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยนอก

**แผนประกันสุขภาพเฟลคซี่ เฮลท์ แบบเลือกได้ สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ถึง 80 ปี**

**สุขภาพแผนหลัก** (ผู้ป่วยในแบบพื้นฐาน) (เลือกได้ 1 ช่อง)

☐ แผนสมาร์ท (ไทย) ☐ แผนซิลเวอร์ (ไทย)
☐ แผนโกลด์ (ไทย) ☐ แผนโกลด์ (เอเชีย)

**สุขภาพแผนเพิ่มเติม** เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง

☐ สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยในแบบเติมเต็ม
☐ สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยนอก

**แผนประกันสุขภาพเฟลคซี่ เฮลท์ แบบสำเร็จรูป สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ถึง 80 ปี**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| แผนไดมอนด์ | อาณาเขตคุ้มครอง | ☐ ไทย | ☐ เอเชีย | ☐ ทั่วโลกยกเว้นสหรัฐอเมริกา | ☐ ทั่วโลก |
| แผนแพลทินั่ม | อาณาเขตคุ้มครอง | ☐ ไทย | ☐ เอเชีย | ☐ ทั่วโลกยกเว้นสหรัฐอเมริกา | ☐ ทั่วโลก |

**6. ข้อมูลการชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินคืน/เงินปันผล**

จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยนี้ _____ บาท ได้รับใบรับเงินชั่วคราวเลขที่ _____

ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☐ บัตรเครดิต

กรณีเลือกการประกันแบบ _____ (โปรดระบุจำนวนเบี้ยประกันภัยหลัก และจำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ)

จำนวนเบี้ยประกันภัยหลัก (Regular Premium) ที่ต้องชำระงวดละ _____ บาท (รายปีขั้นต่ำ 15,000 บาทต่องวด)

จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ (Top-Up Premium) ที่ต้องการชำระพร้อมเบี้ยประกันภัยหลัก _____ บาท (ขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อครั้ง สูงสุดไม่เกินเบี้ยประกันภัยหลักต่อปี)

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

ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญา เลือก ☐ ขอรับเป็นเงินสด ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัท

**คำเตือน** หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

**7. น้ำหนัก/ส่วนสูง**

กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณากรอกรายละเอียดในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

| | | ผู้ขอเอาประกันภัย | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย |
|---|---|---|---|
| กรุณาระบุส่วนสูง และน้ำหนัก ของท่าน | ส่วนสูง (เมตร) | | |
| | น้ำหนัก (กิโลกรัม) | | |
| ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ | เพิ่มขึ้น (กิโลกรัม) | | |
| | ลดลง (กิโลกรัม) | | |
| | ☐ ไม่เปลี่ยนแปลง | | |
| โปรดระบุสาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง | | | |

**8. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)**

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) ผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลเดียวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ฉะนั้นไม่ต้องระบุผู้รับประโยชน์

| ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ | อายุ | ความสัมพันธ์ | เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ | ที่อยู่ | ร้อยละของผลประโยชน์ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | ผู้ขอเอาประกันภัย | | ถ้า "ใช่/เคย" โปรดระบุรายละเอียด |
|---|---|---|---|
| | ใช่/เคย | ไม่ใช่/ไม่เคย | |
| 9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ | ☐ | ☐ | |
| 10. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่ | ☐ | ☐ | |
| 11. ท่านสูบ หรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุชนิด ปริมาณการสูบต่อวัน และจำนวนปีที่สูบ ถ้าท่านหยุดสูบแล้ว โปรดระบุวัน เดือน ปีที่เลิกสูบ | ☐ | ☐ | |
| 12. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ถ้าใช่ กรุณาระบุชนิดเครื่องดื่ม และปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อสัปดาห์ | ☐ | ☐ | |
| 13. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ถ้าใช่ กรุณาระบุชนิด ปริมาณการเสพ ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์) และจำนวนปีที่เสพ ถ้าท่านเลิกเสพแล้ว โปรดระบุวันเดือนปีที่เลิกเสพ | ☐ | ☐ | |

14. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด

| บริษัท | เลขที่กรมธรรม์ | ประเภทความคุ้มครอง (ชีวิต/โรคร้ายแรง/อุบัติเหตุ) | จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท) | สถานะกรมธรรม์ |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

| กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย | ผู้ขอเอาประกันภัย | | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย | | กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา |
|---|---|---|---|---|---|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | |
| 15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรคตามรายการดังต่อไปนี้หรือไม่ | | | | | |
| 15.1 โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเลือด ม้ามโต | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 15.2 โรคมะเร็ง โรคต่อมน้ำเหลืองโต เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 15.3 โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต โรคถุงลมโป่งพอง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคสายตาพิการ จอประสาทตา ต้อหิน โรคชัก โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม พิการทางร่างกาย โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคประสาท ดาวน์ซินโดรม โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคดีซ่าน โรคไทรอยด์ โรคแผลในทางเดินอาหาร | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 15.4 โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 15.5 โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง กามโรค (ภายใน 2 ปี) โรควัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 16. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 17. บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมบิดา และ/หรือ มารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือไวรัสตับอักเสบ หรือไม่ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 18. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ | | | | | |
| 18.1 เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหนื่อยง่ายผิดปกติ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก จ้ำเลือด | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 18.2 คลำพบก้อนเนื้อ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 18.3 การมองเห็นผิดปกติ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง มีพัฒนาการช้า ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ท้องมาน ท้องเสียเรื้อรัง มีเลือดปนในปัสสาวะ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 18.4 ปวดข้อเรื้อรัง | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 18.5 ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 19. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ | | | | | |
| 19.1 อาการอ่อนเพลีย | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 19.2 น้ำหนักลด | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 19.3 ท้องเดินเรื้อรัง | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 19.4 ไข้เรื้อรัง | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 19.5 โรคผิวหนังเรื้อรัง | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

## ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เฉพาะสตรี (อายุ 10 ปีขึ้นไป เท่านั้น)

| | ผู้ขอเอาประกันภัย | | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย | | ถ้า "ใช่" โปรดระบุรายละเอียด |
|---|---|---|---|---|---|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ใช่ | ไม่ใช่ | |
| 20. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ หากใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 21. สำหรับสตรีมีครรภ์ ท่านมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์หรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรืออื่น ๆ ถ้าไม่มี กรุณาระบุ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

## ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง ของผู้ขอเอาประกันภัย

| | ผู้ขอเอาประกันภัย | | กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา |
|---|---|---|---|
| | ใช่/เคย | ไม่ใช่/ไม่เคย | |
| 22. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการต่อไปนี้หรือไม่ | | | |
| 22.1 โรคต่อมทอนซินอักเสบเรื้อรัง โรคกรดไหลย้อน โรคนิ่ว โรคถุงน้ำดีอักเสบ โรคไส้เลื่อน โรคริดสีดวงทวาร ฝีคันฑสูตร โรคภูมิแพ โรคไซนัสอักเสบ โรคออทิสติก โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคติดเชื้อในหูชั้นกลาง โรคปวดศีรษะไมเกรน โรคสมาธิสั้น เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ | ☐ | ☐ | |
| 22.2 โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท โรคข้อเสื่อม โรคเส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง โรคเส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ | ☐ | ☐ | |

23. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

## ส่วนที่ 5 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

## ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

**1. การรับรองสถานะ**

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี ☐ มี

**2. คำยินยอมและตกลง**

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

## ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา **ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้**
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ _____
( _____ )
พยาน

ลงชื่อ _____
( _____ )
ผู้ขอเอาประกันภัย

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

## สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. ชื่อตัวแทน/นายหน้า: บริษัท ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์ จำกัด
   รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต: 0320040-0311091-2
2. ชื่อตัวแทน/นายหน้า: _____
   รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต: _____

**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

# Common Reporting Standard ("CRS") Self-Certification Form for Individual Customer
# เอกสารรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินอัตโนมัติ สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา

This CRS Self-Certification Form has a purpose for Krungthai-AXA Life Insurance PCL ("KTAXA") to collect and report information about where our customers are tax resident to local or foreign governmental authority according to the Royal Decree on the Exchange of Information for International Agreements on Taxation B.E. 2566 and its regulations ("CRS regulations"). To comply with the obligations under CRS regulations, please provide the information requested in this form.

เอกสารรับรองตนเองฉบับนี้ถูกจัดทำภายใต้พระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ("กฎหมาย CRS") ซึ่งกำหนดให้ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวมและรายงานข้อมูลของท่านอันเกี่ยวกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย CRS บริษัทฯ ขอความกรุณาท่านแถลงข้อมูลตามที่ร้องขอในเอกสารฉบับนี้

**Please fill this form in English only. โปรดกรอกเอกสารนี้ด้วยภาษาอังกฤษเท่านั้น**

Date / วันที่ _____

Application/Policy No. / ใบคำขอเอาประกันชีวิต /กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่ _____

This form is submitted for (Please select at least one, or whichever applicable) เอกสารรับรองตนเองฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อ (โปรดระบุ)

☐ New Business / เพื่อขอเอาประกันภัย ☐ Policy Servicing / เพื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูล

**Please let us know your capacity in relation to the application or the policy, please select where it applies;**
โปรดระบุสถานะของท่าน ภายใต้ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือกรมธรรม์ประกันชีวิต ที่อ้างถึง

☐ Applicant / ผู้ขอเอาประกันชีวิต
☐ Insured / Policy Holder / ผู้เอาประกันชีวิต/ผู้ถือกรมธรรม์
☐ Others (Please Specify) / อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

Please indicate your Title - Name - Surname โปรดระบุ คำนำหน้า - ชื่อ - นามสกุลของท่าน
_____

Please specify all nationalities that you hold. / โปรดระบุทุกสัญชาติที่ท่านถือ _____

Citizen ID No. / Passport No. / เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง _____

Date of Birth / วัน เดือน ปีเกิด _____

Place of Birth (City / Country) / สถานที่เกิด (เมือง / ประเทศ)

City / เมือง _____

Country / ประเทศ _____

## Part 1 (ส่วนที่ 1) Your tax residence (ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี)

**Please select the appropriate boxes corresponding to your status**
**Do you have tax residence in countries other than Thailand?**

**โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของท่าน**
**ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น ๆ นอกจากประเทศไทย**

☐ **Yes (ใช่)** ☐ **No (ไม่ใช่)**

You must answer **"Yes"** if you have tax residence in countries other than Thailand and specify your country of tax residence and TIN in the table below. If you select **"No"**, it means that you have only Thailand as your Country of Tax Residence. Please end the question in Part 1.
Please complete the following table indicating your tax residence country (i.e. where you are treated as resident of the country of purpose of its income tax) and your Taxpayer Identification Number (TIN) (if any) for each country indicated.
If a TIN is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C indicated below:
**Reason A** – The country where I am subject to Income Tax as a resident does not issue TIN.

ตอบว่า **"ใช่"** หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น ๆ นอกจากประเทศไทย และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง
ตอบว่า **"ไม่ใช่"** หาก ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศไทยเพียงประเทศเดียว ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้
กรุณากรอกข้อมูลในตารางด้านล่างนี้ เพื่อระบุประเทศที่เป็นถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่าน ประเทศที่ท่านถือเป็นผู้ที่มีถิ่นที่อยู่เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากร) และเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของท่านในแต่ละประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี (ถ้ามี)
ในกรณีที่ท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลตามข้อ ก ข หรือ ค ดังต่อไปนี้
**เหตุผล ก.** - ประเทศที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่มีการออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

**Reason B** – I am otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN in the below table if you have selected this reason)

**Reason C** – No TIN is required because of the tax residence jurisdiction that issued the TIN does not require a Finance Institution to collect and report the TIN

**เหตุผล ข.** – ข้าพเจ้าไม่สามารถขอรับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือเลขอื่นใดที่เทียบเท่ากันได้ (กรุณาอธิบายเพิ่มเติมว่าทำไมท่านจึงไม่ได้รับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น ในตารางด้านล่างหากท่านเลือกเหตุผลนี้)

**เหตุผล ค.** – ไม่จำเป็นต้องใช้หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เนื่องจากกฎหมายภายในประเทศที่ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีนั้น ไม่กำหนดให้สถาบันการเงินเก็บรวบรวมและรายงานเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

| Country of Tax Residence<br>ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี | Taxpayer Identification Number (TIN)<br>หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี | If no TIN available, enter Reason A, B or C<br>หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค |
|---|---|---|
| 1. | | ☐ (A) ก ☐ (B) ข ☐ (C) ค |
| 2. | | ☐ (A) ก ☐ (B) ข ☐ (C) ค |
| 3. | | ☐ (A) ก ☐ (B) ข ☐ (C) ค |

Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B above

กรณีที่ท่านเลือกเหตุผลข้อ ข ในตารางข้างต้น โปรดอธิบายในส่วนต่อไปนี้ว่าเหตุใดท่านจึงไม่สามารถขอรับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

1.
2.
3.

## Part 2 (ส่วนที่ 2) Confirmation, Change of status and Disclosure of information (การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะและความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล)

You hereby irrevocably agree as follows:

1. I confirm that the above information is true, correct, accurate and complete.
2. I acknowledge that Krungthai-AXA Life Insurance PCL. (“KTAXA”) is subject and required to comply with the Royal Decree Governing the Exchange of Information for International Agreements on Taxation B.E. 2566 and its regulations (“CRS regulations”).
3. I acknowledge that KTAXA has to collect, use, or disclose any of my information to domestic or international government sectors and to comply with the CRS regulations.
4. I will provide additional information as requests by KTAXA to comply with the CRS regulations in writing with specified period.
5. I will notify KTAXA of any change in status or any information I have previously declared to KTAXA, if the status or information that changes in related to tax residency within 30 days from the date of change of status or information.
6. In the event that I do not disclose the information under (4) or (5), I grant KTAXA to report my information to domestic or international government sectors to comply with the CRS regulations.

ท่านตกลง โดยไม่เพิกถอน ในการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 (“กฎหมาย CRS”)
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทฯ จำเป็นต้องเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าที่บริษัทฯ มีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร
4. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทฯ ร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
5. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่เคยแถลงกับบริษัทฯ ไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
6. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูล (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทฯ ในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

Signature of Applicant / Insured / Policy Holder / Others

ลายมือชื่อ ผู้ขอเอาประกันชีวิต / ผู้เอาประกันชีวิต / ผู้ถือกรมธรรม์ / อื่น ๆ

Signature / ลงชื่อ

Printed name / ตัวบรรจง ( )

Date / วันที่

**If you are not the Account Holder, please indicate the capacity in which you are signing this form.**

**Capacity of Signatory (Please select at least one, or whichever applicable)**

**หากท่านมิได้เป็นผู้ถือบัญชีตามเอกสารรับรองตนเองฉบับนี้ กรุณาลงนามในส่วนนี้และโปรดระบุสถานะของท่านตามข้อมูลด้านล่าง:**

☐ Parent / บิดา / มารดา ☐ Legal Guardian / ผู้ปกครอง ☐ Authorized Person / ผู้รับมอบอำนาจ

☐ Others (Please Specify) / อื่น ๆ (โปรดระบุ)

Please attach a certified copy of the power of attorney (โปรดแนบสำเนาหนังสือมอบอำนาจของท่านมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้)

Signature / ลงชื่อ

Printed name / ตัวบรรจง ( )

Date / วันที่