สรุปเอกสารทั้งหมดของ KT-AXA มีดังนี้

1. ใบคำขอเอาประกันภัยประเภทสามัญชนิดทั่วไป
2. แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ความต้องการซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิต(FNA)
3. แบบฟอร์มพิจารณาลูกค้าเปราะบาง (สำหรับ นายหน้ากรอก)
4. หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูล
5. เอกสารรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินอัตโนมัติ สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
6. ใบเสนอขาย (ระบุชื่อ-สกุล และอายุ)
7. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เยาว์ = สูติบัตร (0-1 ปี แนบสมุดบันทึกทารกแรกเกิด)+สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง)
8. สำเนาทะเบียนบ้าน (หน้าแรกและหน้าประจำตัวผู้แสดงตน) (ทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา กรณี ผอป.ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
9. หลักฐานการชำระเบี้ย

   **กรณีรายเดือน มี 2 วิธี ดังนี้

   1. หักผ่านบัญชี
      - สลิป / Pay-in (ชำระงวดแรก 2 เดือน)
      - หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติ = 2 ใบ
      - สำเนาบัตรประชาชน = 2 ใบ
      - สำเนาหน้าบัญชี = 2 ใบ
   2. หักผ่านบัตรเครดิต
      - ผ่านระบบ Quickpay

* การชำระเบี้ย = > ผู้เอาประกัน / บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร (นามสกุลเดียวกัน) หากคนละนามสกุล ขอเอกสารแสดงความสัมพันธ์

**กรณีผู้รับผลประโยชน์ที่<u>ไม่ใช่</u> บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร (ระบุในใบคำขอ) ต้องขอเอกสารแสดงความสัมพันธ์ทุกกรณี ถึงแม้ว่าจะนามสกุลเดียวกันก็ตาม

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

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 ☐ อื่นๆ ____________
   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
☐ ไลฟ์พลัส+ เซฟเวอร์ 20/10	อายุ 0-40	20P10	
☐ ไลฟ์พลัส+ เซฟเวอร์ 20/10	อายุ 41-55	20P10S	
☐ ไลฟ์พลัส+ เซฟเวอร์ 25/15	อายุ 0-40	25P15	
☐ ไลฟ์พลัส+ เซฟเวอร์ 25/15	อายุ 41-50	25P15S	
☐ 12 พีแอล		12PL	
☐ ไลฟ์เรดดี้ 6	อายุ 0-70	W99FU06	
☐ ไลฟ์เรดดี้ 12	อายุ 0-70	W99FU12	
☐ ไลฟ์เรดดี้ 18	อายุ 0-70		
จำนวนเงินเอาประกันภัย <	300,000	W99FU18	
จำนวนเงินเอาประกันภัย ≥	300,000	W99FH18	
☐ ไลฟ์เรดดี้ 99	อายุ 0-70		
จำนวนเงินเอาประกันภัย <	300,000	W99FU99	
จำนวนเงินเอาประกันภัย ≥	300,000	W99FH99	
☐			
☐			

สัญญาเพิ่มเติม		จำนวนเงินเอาประกันภัย
☐ ยกเว้นเบี้ยประกันภัย	WP	
☐ ผลประโยชน์มรณกรรมผู้ชำระเบี้ย	WPD01	
☐ ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย	WPDD01	
☐ ชั่วระยะเวลา ____ ปี (5,10,12,15)	PLS	
☐ โรคร้ายแรง	DCI	
☐ โรคมะเร็ง	CPR	
☐ ☐ ชดเชยรายวันสำหรับโรคมะเร็ง	HIC	
☐ อุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ	AP	
☐ อุบัติเหตุค่ารักษา	ECARE	
ชดเชยรายวัน	MEB	

☐ ค่ารักษาพยาบาลเอ็กซ์ตร้า MEX ☐ อายุ 0-10(J) ☐ อายุ 11+(S)

☐ แผน1 1200 ☐ แผน2 2200 ☐ แผน3 3200

☐ แผน4 4200 ☐ แผน5 6200

☐ ค่ารักษาพยาบาลไอเฮลท์ตี้ อัลตร้า ☐ อายุ 6-10(J) ☐ อายุ 11+(S)

แผนประกัน

☐ แผนสมาร์ท MHP1

☐ แผนบรอนซ์ MHP2

☐ แผนซิลเวอร์ MHP3

☐ แผนโกลด์ MHP4

☐ แผนไดมอนด์ MHP5

☐ แผนแพลทินั่ม MHP6

☐		
☐		
☐		
☐		

แบบประกันภัยที่ไม่สามารถแนบสัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาล

☐ ทวีทรัพย์	25PG	
☐ ชั่วระยะเวลา ____ ปี (5,10,12,15)	PLB	
☐ ไอซิลด์ 05	WLCI05	
☐ ไอซิลด์ 10	WLCI10	
☐ ไอซิลด์ 15	WLCI15	
☐ ไอซิลด์ 20	WLCI20	
☐ ไลฟ์ รีไทร์ 5	LR05	
☐		
☐		

แบบประกันคุ้มครองโรคร้ายแรงเริ่มต้น (ESCI)

☐ สัญญาหลักไอโพรเทค 85 WLNP85 100,000

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

แบบประกันชีวิตและสุขภาพ ไลฟ์เรดดี้

☐ **สัญญาหลักของเฮลท์ เอ็กซ์ตร้า แพ็กเกจ** อายุ 0 – 70 W99F99M 50,000

สัญญาเพิ่มเติมบังคับแนบ

ค่ารักษาพยาบาลเอ็กซ์ตร้า MEX ☐ อายุ 0-10(J) ☐ อายุ 11+(S)

☐ แผน1 1200 ☐ แผน2 2200 ☐ แผน3 3200 ☐ แผน4 4200 ☐ แผน5 6200

☐ **สัญญาหลักของเฮลท์ อัลตร้า แพ็กเกจ** อายุ 6 – 80 W99F99H 50,000

สัญญาเพิ่มเติมบังคับแนบ

ค่ารักษาพยาบาลไอเฮลท์ตี้ อัลตร้า ☐ อายุ 6-10(J) ☐ อายุ 11+(S)

แผนประกัน

☐ แผนสมาร์ท MHP1 ☐ แผนบรอนซ์ MHP2 ☐ แผนซิลเวอร์ MHP3 ☐ แผนโกลด์ MHP4 ☐ แผนไดมอนด์ MHP5 ☐ แผนแพลทินั่ม MHP6

สัญญาเพิ่มเติมอื่นๆ

☐ อุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ	AP	
☐ ชดเชยรายวัน	MEB	
☐ โรคร้ายแรง	DCI	200,000

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)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	สถานะกรมธรรม์

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย 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. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่	☐	☐	☐	☐	ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ <u>ชื่อโรค</u> ที่บุคคลในครอบครัวของท่านเป็นหรือเคยเป็น
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 ฝีคัณฑสูตร โรคภูมิแพ้ 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 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน
- ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่ ____________ 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 ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

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

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

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 เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว https://www.krungthai-axa.co.th/th/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 ____________________

(____________________)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 8 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านทางโทรศัพท์ และ/หรือผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียง และ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
4. สำหรับช่องทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มิต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
5. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ ______ วันที่ ______ เดือน ______ พ.ศ. ______

ลงชื่อ ______
(______)
พยาน

ลงชื่อ ______
(______)
ผู้ขอเอาประกันภัย

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

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. ชื่อตัวแทน/นายหน้า บริษัท ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์ จำกัด
   รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต 0 3 2 0 0 4 - 0 3 - 1 1 0 9 1 2
2. ชื่อตัวแทน/นายหน้า ______
   รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต ______

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ พระราม 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 เพื่อวิเคราะห์ความต้องการ ซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิต

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 ______

สิงหาคม 2565

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 - เงินออมที่มีอยู่)

☐ 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 ข้าพเจ้ายืนยันว่าผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตที่ข้าพเจ้าเลือกมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ รวมทั้งเป้าหมายทางการเงินและความสามารถในการชำระเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ความต้องการซื้อประกันชีวิตนี้มีความถูกต้องครบถ้วน โดยผู้เสนอขายได้อธิบายรายละเอียดผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตที่แนะนำอย่างครบถ้วน และให้คำแนะนำ ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้าในการพิจารณาเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตโดยอาศัยข้อมูลที่ข้าพเจ้ายินยอมให้ไว้ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าเป็นผู้พิจารณาเลือกและตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตด้วยตนเอง

ลงชื่อ ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์
(บริษัทศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์จำกัด)
ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
032004-03-110912
รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน

ลงชื่อ ________
(________)
บุคคลที่สาม (ถ้ามี)

ลงชื่อ ________
(________)
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้มุ่งหวัง/ลูกค้า

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

วันที่ ____ เดือน ____ ปี ____

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

แบบฟอร์ม พิจารณาลูกค้าเปราะบาง

เลขที่ใบคำขอ ______

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ______

ส่วนที่ 2 การพิจารณาลักษณะของผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้เสนอขายสอบถามข้อมูลหรือพิจารณาลักษณะของผู้ขอเอาประกันภัยจากการพูดคุย โต้ตอบ สื่อสาร หากผู้ขอเอาประกันภัยมีลักษณะดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นลูกค้าเปราะบาง กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ หากผู้ขอเอาประกันภัยมีลักษณะดังกล่าว

- ☐ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ทางด้านผลิตภัณฑ์ทางการเงิน การลงทุน ผลิตภัณฑ์ประกันชีวิต ผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตควบการลงทุน หรือไม่มีประสบการณ์การลงทุน หรือไม่เคยซื้อผลิตภัณฑ์ประกันภัย
- ☐ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร หรือมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการสื่อสาร ซึ่งรวมถึงคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ☐ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งรวมถึงคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- ☐ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่มีลักษณะเป็นลูกค้าเปราะบาง

ส่วนที่ 3 วิธีปฏิบัติต่อผู้ขอเอาประกันภัย

3.1 ข้าพเจ้าได้แจ้งให้ผู้ขอเอาประกันภัยทราบแล้วว่าผลิตภัณฑ์ที่นำเสนอขายเป็นผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตของ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งไม่ใช่ การฝากเงินหรือออมเงินกับธนาคาร และได้อธิบายความแตกต่างระหว่างการฝากเงินกับการซื้อประกันภัย รวมทั้งได้อธิบายให้ผู้ขอเอาประกันภัยได้เข้าใจถึงการสูญเสียสิทธิประโยชน์บางอย่างจากกรมธรรม์ประกันชีวิตกรณีผู้เอาประกันภัยดำเนินการเวนคืนกรมธรรม์

3.2 ข้าพเจ้าได้นำเสนอกรมธรรม์ที่ตรงกับความต้องการของผู้เอาประกันภัย

3.3 ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของกรมธรรม์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยซื้อโดยอธิบายตั้งแต่รายละเอียดความคุ้มครอง เงื่อนไขข้อยกเว้นความคุ้มครอง ทุนประกันภัย ค่าเบี้ยที่ต้องชำระ ระยะเวลาต้องชำระเบี้ย วิธีการชำระเบี้ย และได้มอบเอกสารประกอบการเสนอขายให้ผู้ขอเอาประกันภัยแล้ว

3.4 ข้าพเจ้าได้แจ้งสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ภายใน 15 วัน (Freelook Period) นับตั้งแต่ได้รับกรมธรรม์จาก บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) แล้ว

3.5 ข้าพเจ้าได้แจ้งให้ผู้ขอเอาประกันภัยทราบ กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่สามารถชำระเบี้ยประกันภัยได้ สามารถติดต่อ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เพื่อขอคำแนะนำในการใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ หรือเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์แบบใช้เงินสำเร็จ หรือกรมธรรม์แบบขยายเวลาได้

3.6 หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นลูกค้าเปราะบาง ข้าพเจ้าได้ใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการเสนอขาย ดังนี้

3.6.1 ก่อนเริ่มการเสนอขาย ข้าพเจ้าได้สอบถามลูกค้าแล้วว่าต้องการให้บุคคลที่ 3 เข้าร่วมรับฟังการเสนอขายหรือไม่

3.6.2 ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดกรมธรรม์, ให้คำแนะนำ และตอบข้อสงสัยของลูกค้าอย่างช้าๆ และชัดเจน

3.6.3 ข้าพเจ้าขอคำยืนยันจากลูกค้าเป็นระยะเพื่อให้มั่นใจว่าลูกค้าเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับ/ที่ทราบ

3.6.4 ข้าพเจ้าให้โอกาสลูกค้าในการพิจารณาข้อมูลที่ได้รับ/ที่ทราบ ในระยะเวลาหนึ่ง ก่อนให้ลูกค้าตัดสินใจซื้อประกัน และไม่เร่งรัดลูกค้า

3.6.5 ข้าพเจ้าใช้เครื่องมือสนับสนุนการขาย เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับลูกค้าเปราะบาง เช่น การสื่อสารในรูปแบบสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่หรือรูปแบบเสียง (ถ้ามี)

3.7 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้เอาประกันภัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์

(บริษัทศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์จำกัด)

ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

032004 - 03 - 110912

รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต

รหัสพนักงาน ______

วันที่ ______ เดือน ______ ปี ______

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

หนังสือให้ความยินยอม ในการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูล (PDPA)

เรียน ผู้ขอเอาประกันภัย

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“**บริษัท**”) ใคร่ขอความยินยอมจากท่าน ในการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่ได้ให้ไว้กับบริษัท ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัย

1.1 ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่าน เพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการรับประกันภัย รวมถึงการคำนวณเบี้ยประกัน การดำเนินการและให้บริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยที่ท่านเข้าทำกับบริษัท (รวมถึง การจัดทำเอกสารสัญญาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดส่งกรมธรรม์ การจัดเก็บและสำรองข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการจัดการภายในของบริษัท) การจัดเก็บเบี้ยประกันภัยและหนี้สินอื่น ๆ (ถ้ามี) การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การประมวลผล การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การจ่ายเบี้ยประกันคืนกรณีมีการฉ้อโกงของตัวแทนขายประกัน การต่ออายุ การเปลี่ยนแปลงแก้ไข การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลัง รวมถึงเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของท่านแก่ผู้ให้บริการหรือคู่ค้าของบริษัท เพื่อการให้บริการและปฏิบัติตามสัญญากรมธรรม์ข้างต้นตามคำสั่งหรือในนามของบริษัท

1.2 ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อช่วง หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลังได้

1.3 ท่านมีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของท่าน ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครทำประกันชีวิต เพื่อประกอบการรับประกันภัย และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน โดยท่านแสดงเจตนาการให้ความยินยอมดังกล่าวในหนังสือยินยอมและมอบอำนาจของบริษัท พร้อมลงนามในส่วนของผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม

1.4 ท่านยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวของท่าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่านเท่าที่จำเป็นต่อการให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการหลังการขาย รวมถึงการแจ้งข้อมูลและผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย ให้บริการติดตาม ประสานงาน แก้ไขปัญหา แจ้งเตือนใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย (เช่น กรณีครบกำหนดชำระเบี้ยประกัน) และการบริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่านผ่านทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ไปรษณีย์ โทรศัพท์ SMS หรืออีเมล

1.5 ท่านยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวของท่าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่านเท่าที่จำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย บมจ.ธนาคารกรุงไทย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อการดำเนินการตามเรื่องร้องเรียน ข้อเรียกร้องของท่านที่เกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือสิทธิอื่น ๆ ตามกรมธรรม์ประกันภัย

2. วัตถุประสงค์อื่นๆ นอกเหนือจากการประกันภัย

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

2.1 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ให้แก่บริษัทในกลุ่มแอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท รายการส่งเสริมการขายต่างๆ กิจกรรมทางการตลาด ข่าวสารสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อการเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่นๆ เพิ่มเติมของบริษัท เพื่ออวยพรท่านในโอกาสต่าง ๆ เช่น วันเกิด หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นต้น ผ่านทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ไปรษณีย์ โทรศัพท์ SMS หรืออีเมล

2.2 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่บริษัทในกลุ่มแอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ และ/หรือ พัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัทฯ ให้เหมาะกับความต้องการของท่านเพื่อขยายสิทธิประโยชน์ให้ท่านได้มากขึ้นและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.3 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย ให้แก่บริษัทในกลุ่มแอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์และคาดการณ์ยอดขายประกันภัยของบริษัท

อนึ่ง บริษัทขอแจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน (Privacy Notice) ปรากฏตามเอกสารแนบ

กรุณาแสดงความประสงค์เกี่ยวกับการให้ความยินยอมโดยกรอกข้อมูลด้านล่าง

หากท่านประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมที่ท่านให้ไว้นี้ หรือใช้สิทธิของท่าน ท่านสามารถแจ้งบริษัทได้ที่

เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

สถานที่ติดต่อ: เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนน พระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310

อีเมล: th_dl_rc_dataprivacy@krungthai-axa.co.th

ทั้งนี้ โปรดทราบว่าการแจ้งเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 1. หรือข้อ 2. จะมีผลเป็นการยกเลิกวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่ระบุไว้ในข้อใดข้อหนึ่งนั้น ซึ่งมีผลทำให้บริษัทไม่สามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวในข้อนั้นได้อีกต่อไป บริษัทขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ ที่นี้

สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย

เขียนที่ ________ วันที่ ______ เดือน ________ พ.ศ. ______

ชื่อ-นามสกุล ________

เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง ________

วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัยตามข้อ 1.

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัยตามข้อ 1. ข้างต้น รวมทั้งประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ตามเอกสารแนบอย่างชัดเจนแล้ว จึงแสดงความประสงค์ดังนี้

  ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม
- ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมแก่บริษัท หรือใช้สิทธิในการเพิกถอนความยินยอมที่ให้กับบริษัทในภายหลัง สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ตามข้อ 1. ข้างต้นของข้าพเจ้า การเพิกถอนความยินยอมดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ หรือการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ ซึ่งจะมีผลทำให้กรมธรรม์ของข้าพเจ้าสิ้นสุดความคุ้มครอง
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากข้าพเจ้าใช้สิทธิคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งการขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไม่ว่าจะทั้งหมดหรือแต่บางส่วน ข้าพเจ้ารับทราบว่าอาจส่งผลให้บริษัทต้องยุติ บอกเลิก หรือปฏิเสธสัญญาประกันภัยทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและ/หรือที่กำลังจะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์อื่น ๆ นอกเหนือจากการประกันภัยตามข้อ 2.

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจวัตถุประสงค์อื่นๆ นอกเหนือจากการประกันภัยตามข้อ 2. ข้างต้น รวมทั้งประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ตามเอกสารแนบอย่างชัดเจนแล้ว จึงแสดงความประสงค์ดังนี้

  ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า การให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเป็นความสมัครใจของข้าพเจ้าที่จะให้ความยินยอมหรือไม่ก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะขอเข้าถึง เปลี่ยนแปลง คัดค้าน ลบ ทำลาย ระงับการใช้ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า หรือถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยแจ้งความประสงค์ไปยังบริษัทล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายอมรับผลของการขอยกเลิกการให้ความยินยอมว่าอาจทำให้เกิดข้อจำกัดกับบริษัทในการดำเนินการกับใบสมัครที่เกี่ยวข้อง การทำธุรกรรมหรือการให้บริการแก่ข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ ________

(________)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ ________

(________)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกันอัตโนมัติผ่านบัญชีเงินฝาก

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ย ฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัท ฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ ______ เดือน ______ ปี ______

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ______ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ______
โทรศัพท์บ้าน ______ ที่ทำงาน ______ มือถือ ______ อีเมล ______
เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
กรมธรรม์เลขที่ ______ - ______ (ระบุเพียง 1 กรมธรรม์เท่านั้น)
ชื่อผู้เอาประกันภัย ______ เกี่ยวข้องเป็น ______
ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากทุกงวด ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ ผ่านหักบัญชีธนาคารเงินฝาก

หักบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ธนาคาร ______ สาขา ______
ชื่อบัญชี ______ เลขที่บัญชี ______

ข้าพเจ้ายอมรับว่า

(ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น

(ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย

(ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ เนื่องมาจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับชดใช้ค่าเสียหายแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ

(ง) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินจำนวนนั้น

(จ) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ

(ฉ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใดเนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัท ฯ

(ช) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ

(ซ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้หักชำระค่าเบี้ยฯ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ หรือมีความสัมพันธ์โดยชอบตามทางกฎหมายเป็น บิดา-มารดา สามี-ภรรยา หรือบุตรของ ผู้เอาประกัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารหรือบริษัท ฯ และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยัง บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง

หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรายวัน หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยกเลิก /แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคาร หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อวัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัท ฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดกรอกเอกสารให้ครบถ้วนและแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน ของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
“รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามี-ภรรยา”

ลงชื่อ ______ เจ้าของกรมธรรม์/ผู้เอาประกันภัย
(______)
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

ลงชื่อ ______ เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
(______)
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคาร)

ลงชื่อ ______ พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต
(______)

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
ลงชื่อ ______ ผู้มีอำนาจลงนาม
ธนาคาร ______ สาขา ______

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

หนังสือยินยอมหักค่าเบี้ยประกัน อัตโนมัติผ่านบัญชีเงินฝาก

ท่านจะรู้ผลหักค่าเบี้ย ฯ ผ่านบัญชีอัตโนมัติ และรับข่าวสารจากบริษัท ฯ เพียงระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลของท่านลงในแบบฟอร์มนี้

วันที่ ______ เดือน ______ ปี ______

เรียน บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ______ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

โทรศัพท์บ้าน ______ ที่ทำงาน ______ มือถือ ______ อีเมล ______

เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งออกโดย บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรมธรรม์เลขที่ ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐ (ระบุเพียง 1 กรมธรรม์เท่านั้น)

ชื่อผู้เอาประกันภัย ______ เกี่ยวข้องเป็น ______

ข้าพเจ้าประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากทุกงวด ตามกรมธรรม์ข้างต้น โดยยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

สำหรับชำระค่าเบี้ยประกันภัย อัตโนมัติ ผ่านหักบัญชีธนาคารเงินฝาก

หักบัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ธนาคาร ______ สาขา ______

ชื่อบัญชี ______ เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐

ข้าพเจ้ายอมรับว่า

(ก) ธนาคารจะหักเงินเบี้ยประกันรายงวดเต็มจำนวนก็ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในขณะนั้นเท่านั้น

(ข) หากไม่สามารถหักเงินตามข้อ (ก) ได้ไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระเบี้ยประกันภัย

(ค) หากมีความเสียหาย หรือ ความผิดพลาดใด ๆ เกิดขึ้นแก่ธนาคาร หรือบริษัท ฯ เนื่องมาจากการกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับชดใช้ค่าเสียหายแก่ธนาคารหรือบริษัท ฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ

(ง) หากจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้งแก่ธนาคารไม่ถูกต้อง แต่ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีดังกล่าวตามจำนวนเงินที่บริษัท ฯ แจ้ง ข้าพเจ้าตกลงที่จะเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัท ฯ โดยตรงและขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินจำนวนนั้น

(จ) ธนาคารไม่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนเงินที่ได้รับแจ้งจากบริษัท ฯ

(ฉ) ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใดเนื่องจากรายการดังกล่าวปรากฏอยู่ในสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคารหรือเอกสารการรับเบี้ยประกันภัยของบริษัท ฯ

(ช) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เรียกเก็บเงินด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคารตามรอบการชำระของกรมธรรม์ของข้าพเจ้าข้างต้น และกรณีหักบัญชีไม่ผ่านเนื่องจากจำนวนเงินไม่พอชำระ บริษัท ฯ จะทำการส่งข้อมูลให้ธนาคารทำการเรียกเก็บเบี้ยประกันอีกครั้งภายใน 4 วันทำการ

(ซ) ข้าพเจ้ายอมรับและยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้หักชำระค่าเบี้ยฯ หรือเป็นผู้ชำระแทนในกรณีผู้เยาว์ หรือมีความสัมพันธ์โดยชอบตามทางกฎหมายเป็น บิดา-มารดา สามี-ภรรยา หรือบุตรของ ผู้เอาประกัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่ปฏิเสธการทำรายการที่เกิดขึ้นในทุกกรณีกับธนาคารหรือบริษัท ฯ และหากพบข้อผิดพลาดหรือต้องการขอเงินคืน ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ติดต่อไปยัง บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยตรง

หากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ หรือบัญชีกระแสรายวัน หรือค่าเบี้ยประกันภัย ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตามหนังสือแจ้งความประสงค์ฉบับนี้ ยังคงมีผลบังคับใช้กับบัญชีใหม่ หรือ ค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยกเลิก /แก้ไข / ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า หรืออายุความในการฟ้องคดีสิ้นสุดลง แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีธนาคาร หรือยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และให้ถือความยินยอมตามหนังสือฉบับล่าสุดของข้าพเจ้ามีผลบังคับใช้และยกเลิก ความยินยอมเดิมโดยอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ จัดเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลหมายเลขบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารเจ้าของบัญชี เพื่อวัตถุประสงค์ในการหักชำระค่าเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเพื่อชำระให้แก่บริษัท ฯ ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์

โปรดกรอกเอกสารให้ครบถ้วนและแนบสำเนาบัญชีธนาคาร ฯ และสำเนาบัตรประชาชน ของท่านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง
"รับชำระเบี้ย แทนได้เฉพาะ บิดา-มารดา-บุตร/ สามี-ภรรยา"

ลงชื่อ ______ เจ้าของกรมธรรม์ /ผู้เอาประกันภัย
(______)
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

ลงชื่อ ______ เจ้าของบัญชี ผู้ให้ความยินยอม
(______)
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้กับธนาคาร)

ลงชื่อ ______ พยาน/ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต
(______)

ลงชื่อ ______ สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้มีอำนาจลงนาม
ธนาคาร ______ สาขา ______

สิงหาคม 2565

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 <u>English</u> 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)

<u>Please select the appropriate boxes corresponding to your status</u>

Do you have tax residence in countries other than Thailand?

<u>โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของท่าน</u>

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:

<u>Reason A</u> – 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

<u>เหตุผล ก.</u> - 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 ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี	Taxpayer Identification Number (TIN) หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี	If no TIN available, enter Reason A, B or C 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 ______