สรุปเอกสารในชุดใบคำขอ

1. ใบคำขอเอาประกัน (เซ็นชื่อผู้เอาประกันกำกับที่มุมขวาล่างทุกหน้า หากเป็นผู้เยาว์ ให้เซ็นชื่อผู้ชำระเบี้ย)
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)

    * 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 (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเลขที่ .....
กรมธรรม์เลขที่ .....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

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

เอกสารที่ใช้แสดง
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ หนังสือเดินทาง passport ☐ อื่นๆโปรดระบุ .....
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
วันหมดอายุ ...../...../.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....ประเทศ.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
โทรศัพท์ มือถือ.....
อีเมล.....

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
☐ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท
ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
☐ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท
หมายเหตุ : หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ)

3. อาชีพประจำ/ลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ.....
.....
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ลักษณะงานที่ทำ/ลักษณะธุรกิจ.....
.....
ตำแหน่ง .....
รายได้ต่อปี ..... บาท
ตำแหน่ง .....
รายได้ต่อปี ..... บาท

4. ชื่อแบบสัญญาประกันภัย..... ระยะเวลาเอาประกันภัย..... ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย..... ปี
ชนิด ☐ มีเงินปันผล ☐ ไม่มีเงินปันผล
งวดการชำระเบี้ยแบบ ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ รายปี ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัยต่องวด
สัญญาประกันชีวิต สัญญาเพิ่มเติม		

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ ..... บาท ชำระเป็น
☐ เช็ค
☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....
ธนาคาร ..... สาขา.....
☐ อื่นๆ .....
ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงิน เลขที่ .....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

ถ้ามี เงินคืนตามกรมธรรม์/เงินปันผล/เงินครบกำหนดสัญญา/เงินอื่น **เลือก** ☐ เช็คขีดคร่อม ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....

ธนาคาร.....สาขา .....*(กรณีโอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ โปรดแนบสำเนาหน้าบัญชีและกรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ หากไม่ระบุ ให้ถือว่า ขอรับเป็นเช็คขีดคร่อม)*

การชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่อไปโดย ☐ หักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ ☐ หักผ่านบัตรเครดิต ..... หมายเลข .....

วันหมดอายุ ...../.....

กรุณากรอกความประสงค์ของท่านตามแบบฟอร์ม "หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก" หรือ "หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัญชีบัตรเครดิต"

5. ผู้รับประโยชน์ *(ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆ กัน)*

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

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

อาชีพ ..... **รายได้ต่อปี** ..... บาท

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

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

ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้ .....

.....

โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล .....

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

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 ๆของข้าพเจ้าที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

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

ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 5 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 ข้อมูล ชีวภาพ 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 อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตาม เงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล 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 และจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.kwilife.com/privacy-policy/ ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
   (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ .....
( )
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ .....
( )
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน

นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ .....
( )
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ .....
( )
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ .....
( )
พยาน

ลงชื่อ .....
( )
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อนายหน้า/ตัวแทน .....ใบอนุญาตเลขที่.....
ชื่อหน่วย ..... รหัสหน่วย .....รหัสตัวแทน .....
สำนักงาน .....

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