

สรุปเอกสาร บมจ.โตเกียวมารีนประกันชีวิต มีดังนี้

1. ใบคำขอ (ใช้ตัวจริง)
2. หนังสือเปิดเผยประวัติ (แนบอยู่ในชุดใบคำขอ)
3. ใบเสนอราคา
4. เอกสารผู้เอาประกัน เช่น สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้าน, สมุดบันทึกสุขภาพ (เด็กอายุ 0-2 ขวบ), สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
กรณีชาวต่างชาติ : บริษัทฯจะพิจารณารับประกันเฉพาะผู้ที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยแล้ว มากกว่า 6 เดือน
 - เอกสารประกอบเพิ่มเติม
 - สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) และทุกหน้าที่มีการประทับตราให้พำนักในประเทศไทย (visa)
 - สำเนาหนังสืออนุญาตการประกอบอาชีพ (Work permit)
 - แบบฟอร์ม W-8BEN, W-9 (ขอผู้ดูแล)
5. เอกสารผู้ชำระเบี้ย เช่น สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนานำบัญชีธนาคาร (กรณีรับผลประ โขชนผ่านบัญชีธนาคาร)
6. เอกสารรับรองตนเอง CRS สำหรับบุคคลธรรมดา
7. หลักฐานการชำระเบี้ย (Slip / Pay-In)
 - กรณีชำระด้วยบัตรเครดิต: แบบฟอร์มตัดบัตรเครดิตพร้อมแนบสำเนานำบัตรเครดิตรับรองสำเนาถูกต้อง
 - กรณีลูกค้าทำ รายเดือน และต้องการหักบัญชีอัตโนมัติ
 - แบบฟอร์มหักบัญชีธนาคาร 3 แผ่น พร้อมแนบสำเนานำบัญชีธนาคารรับรองสำเนาถูกต้อง 3 แผ่น (เซ็นสด)

คำแนะนำการตอบแบบสอบถามประกันภัย	พื้นที่ฟ้า	พื้นที่ขาว	พื้นที่ชมพู
แบบไม่มีคำถามสุขภาพ ตอบคำถามข้อ 1-6, ส่วนที่ 4-6	✓		
แบบมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น ตอบคำถามข้อ 1-14, ส่วนที่ 4-6	✓	✓	
แบบมีคำถามสุขภาพอย่างยาว ตอบคำถามข้อ 1 -19, ส่วนที่ 4-6	✓	✓	✓
ถ้ามีการซื้อสัญญาเพิ่มเติม ตอบคำถามข้อ 1 -19, ส่วนที่ 4-6	✓	✓	✓

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 02 650 1400 tokiomarine.com
เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103



ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ ตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป

ตัวแทน/นายหน้า	ใบอนุญาตเลขที่	รหัสตัวแทน	ใบอนุญาตติดต่อกับผู้ลงทุน
บริษัท ตรีกรุงประกันชีวิต			
โบรคเกอร์ จำกัด	ช00002/2557	00019626	

ชื่อหน่วย SK Life Broker รหัสหน่วย U1727

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... เพศ ชาย หญิง
ชื่อและนามสกุลเดิม..... สัญชาติ..... ชื่อภรรยา /สามี.....
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน หนังสือเดินทาง (Passport) อื่น ๆ.....
เลขประจำตัวประชาชน หรือ เลขหนังสือเดินทางกรณีคนต่างด้าว _ _ - _ _ _ - _ _ - _ _ - _ _ วันหมดอายุ.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

สถานที่สะดวกติดต่อ	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	<input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน
เลขที่ / หมู่ / บริษัท			
หมู่บ้าน / อาคาร			
ตรอก / ซอย			
ถนน			
แขวง / ตำบล			
เขต / อำเภอ			
จังหวัด			
รหัสไปรษณีย์			
โทรศัพท์			
โทรศัพท์มือถือ		อีเมล	

3. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
อาชีพอื่น (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. รายละเอียด แบบประกันภัยและความคุ้มครอง และเงินคืนตามสัญญา

4.1 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
4.2 กรณีแบบประกันภัย มีเงินคืนตามสัญญา เลือก โอนเงินเข้าบัญชี (แบบสำเนาหน้าบัญชี) นำไปชำระเบี้ยประกันภัย อื่น ๆ.....
(เลือกแบบประกันชีวิต ข้อ 4.3 หรือ 4.4 ข้อใดข้อหนึ่ง เพียงข้อเดียวเท่านั้น)
4.3 แบบกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน ให้ข้ามไปตอบคำถามตั้งแต่ข้อ 5 เป็นต้นไป และกรอกแบบฟอร์มรายละเอียดกรมธรรม์ประกันชีวิตควบการลงทุน
4.4 แบบการประกันชีวิต.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี เบี้ยประกันชีวิต.....บาท
4.5 สัญญาเพิ่มเติม / ความคุ้มครอง

สัญญาเพิ่มเติม / ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัย	สัญญาเพิ่มเติม / ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัย

บริษัทสงวนสิทธิ์ที่จะแยกกรมธรรม์ได้โดยอัตโนมัติเพื่อให้จำนวนเงินเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นการชำระเบี้ยประกันภัย (WP) เท่ากับเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยหลัก และแยกจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลักที่ไม่มีสัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นการชำระเบี้ยประกันภัย (WP) เป็นอีกกรมธรรม์หนึ่งโดยใช้ใบคำขอเอาประกันภัยฉบับเดียวกัน



APP-TA001

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยวอดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุจำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท ชำระโดย เงินสด เช็ค บัตรเครดิต โอนเข้าบัญชีบริษัท เลขที่.....ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา..... ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ความสัมพันธ์.....

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
.....
.....
.....

6. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
 ไม่มีความประสงค์

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิมหรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย **ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด**

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
.....
.....

8. ท่านมี หรือ เคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
.....
.....

9. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

11. ท่านเสพ หรือ เคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคย
 เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ..... ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี
 เลิกเสพ เมื่อ.....

12. ท่านดื่ม หรือ เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย
 ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี
 เลิกดื่ม เมื่อ.....

13. ท่านสูบ หรือ เคยสูบ บุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี เลิกสูบเมื่อ.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

14. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย **ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด**

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
.....
.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้ระงับไว้ข้างต้น

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
.....
.....

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์
<input type="checkbox"/> โรคต่อหิน	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด
<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/> ตีข่าน	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง		<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ			<input type="checkbox"/> โรคประสาท

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา
.....
.....
.....

16. ก. ท่านเคยมี หรือ กำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> จำเลือด	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง

ข. อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา อาการอ่อนเพลีย ท้องเดินเรื้อรัง น้ำหนักลด โรคผิวหนังเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง

ค. เฉพาะสตรี กำลังตั้งครรภ์.....เดือน โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
.....
.....

17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/> เชื้อบูโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> นิ้ว	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ
<input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ	<input type="checkbox"/> กุ้งน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> ออกัสติก
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> สมาริสัน
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร		
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ฝีคัณฑสูตร		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา
.....
.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

18. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น หรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่

ไม่เป็น เป็น

19. สามิ/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่

ไม่เป็น เป็น

20. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา**เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)**

1. การรับรองสถานะ

(1) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุ คือสัญชาติอเมริกัน

เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

คือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

(2) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น

เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

(3) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี

(4) 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 5 ข้อความยินยอมยินยอมแปลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้อ้างไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/ มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้วท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท และนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน ดปก. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. หากผู้ขอเอาประกันภัยยกเลิกสัญญาประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับอาจต่ำกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไป
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง

ถ้อยแถลงของพยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของลูกข้าพเจ้าว่าถูกต้องเป็นจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/ มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา



TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครองของ.....
ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่าผู้เยาว์ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้.....
เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติการ
รักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอ็กซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการ
ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียด
ค่ารักษาพยาบาล ทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งที่
ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า และหรือ
ผู้เยาว์จากหน่วยราชการ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิตและ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตาม
กรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อนึ่ง สำเนาฉบับนี้ ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ
(ระบุตัวด้วยว่าเป็นลายนิ้วมือไหน ข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน



เอกสารรับรองตนเองตาม CRS สำหรับบุคคลธรรมดา (CRS self-certification Form for Individuals)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย (Part 1: Insured Information)

ชื่อ-สกุล (Name -Last Name) วันเดือนปีเกิด Date of Birth
เมือง (สถานที่เกิด) City/State of Birthplace ประเทศ (สถานที่เกิด) Country of Birthplace
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address

ข้าพเจ้าไม่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (ไปส่วนที่ 3) I am not a tax residence of any other country. (If tick, go to Part 3)

ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศไทย (หากมี โปรดระบุข้อมูลในส่วนที่ 2 และ 3)

I am a tax residence of other country(ies) rather than Thailand. (If tick, please provide more information in part 2 and 3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางภาษี (Part 2: Tax Information)

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Tax Residence	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID/TIN	เหตุผลที่ไม่มี Tax ID/TIN (เลือกเหตุผล A,B,C จากรายการด้านล่างตาราง)
1.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Other
2.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Other

หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาเลือกเหตุผลด้านล่างเพื่อระบุในตารางด้านบนสำหรับช่องเหตุผลที่ไม่มี Tax ID/TIN

If no Tax ID/TIN available, please select the following Reason for the a above Table

- เป็นประเทศที่ไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี The country where I am subject to income tax as a resident does not issue TINs.
- ไม่สามารถขอมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก เป็นผู้ถือวีซ่านักเรียนหรือนักศึกษา นักศึกษาฝึกงาน ครูหรือผู้ฝึกงานของสถานศึกษา หรือโปรแกรมแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม I am unable to obtain a TIN or equivalent number due to I am a student, trainee or intern at an educational institution.
- ไม่สามารถขอมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก เป็นหรือเคยเป็นชาวต่างชาติที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทางการทูต I am a foreign individual assigned to a diplomatic post/position in a consulate or embassy in the relevant country.

ส่วนที่ 3 ยืนยัน (Part 3: Declaration) ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า I confirm that

- ข้อความทั้งหมดที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ All statements I made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.
- ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย (หรือผู้มีอำนาจลงนาม) ของบัญชีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้ I am the policy holder (or am authorized to sign for the policy holder) of all the account(s) to which this form relates.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ครอบคลุมโดยนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ที่กำหนดวิธีการที่ บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) อาจใช้และแบ่งปันข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ I understand that the information supplied by me is covered by the Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL.'s Privacy Policy setting out how Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. may use and share the information supplied by me.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ และข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า และข้อมูลของบัญชีที่ต้องถูกรายงานใด ๆ อาจถูกแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานด้านภาษีของประเทศอื่น ๆ หรือเขตอำนาจอื่นที่ข้าพเจ้าอาจมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีอยู่ตามข้อตกลงระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีการเงิน I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(s) may be provided to tax authorities of another country(ies)/ jurisdiction(s) in which I may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.
- ข้าพเจ้าจะแจ้งต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติการณ์ใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสถานะในถิ่นที่อยู่ทางภาษีของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ให้ไว้ไม่ถูกต้อง และข้าพเจ้าจะปรับปรุงการรับรองตนเองให้เหมาะสมและยืนยันต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ภายใน 30 วันของการเปลี่ยนแปลงพฤติการณ์ดังกล่าว I will advise Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. of any change in circumstances which affects my tax residency status declared in this form or causes the information contained herein to become incorrect, and to provide Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. with a suitably updated self-certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.

วันที่ Date :

ลายมือชื่อ Signature :

ชื่อ (ตัวบรรจง) Name :

กรณีตกลงแทนโปรดระบุ consented by บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย



