

สรุปเอกสาร บ.ฟิลลิปประกันชีวิต

- ใบคำขอ (ผู้เอาประกัน หรือผู้ชำระเบี้ยเช่นหมุขวาในใบคำขอ)
- เอกสารข้อความยืนยันถ้อยแถลง + PDPA – APP
- หนังสือให้ความยินยอม
- ใบเสนอราคา
- แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ (CRS)
- สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เอาประกัน)
- กรณีผู้เยาว์ สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกัน และ ของบิดาหรือมารดา
- เอกสารการชำระเบี้ย (โอนเข้าบัญชีบ.ฟิลลิป ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้โอนเท่านั้น)
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีผู้รับผลประโยชน์คนละนามสกุล)

การลงนามเอกสาร

ผู้เอาประกัน หรือ ผู้ชำระเบี้ยต้องเซ็นหมุขวาล่างของใบคำขอทุกหน้า
ใบเสนอราคาผู้เอาป ระกันหรือผู้ชำระเบี้ยเช่นหมุขวาล่างทุกไป

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป	ผู้เยาว์ (ผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 16 ปี)
<input type="checkbox"/> แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5) <input type="checkbox"/> แบบมีคำถามสุขภาพเฉพาะแบบ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5, 15 - 22, 28 - 31) <input type="checkbox"/> แบบตรวจสุขภาพ/ไม่ตรวจสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5, 15 - 27) *กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้ชำระเบี้ยฯ ด้วยตนเอง (ตอบคำถามข้อ 12 - 14)	<input type="checkbox"/> แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5, 12 - 14) <input type="checkbox"/> แบบมีคำถามสุขภาพเฉพาะแบบ (ตอบคำถามข้อ 1 - 14) <input type="checkbox"/> แบบตรวจสุขภาพ/ไม่ตรวจสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 14) *กรณีซื้อความคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยฯ (ตอบคำถามข้อ 15 - 27)
**** ทุกกรณี กรุณาตอบคำถามของกฎหมาย FATCA ในหน้า 7 การให้ความยินยอมฯ ในหน้า 8 และลงนามยินยอมฯ ในหน้า 9 ของใบคำขอฯ นี้ **** *** กรณีทำ "การประกันชีวิตควบการลงทุน (Unit Linked)" ตอบคำถามข้อ 32 ด้วย ***	

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
 ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
 รหัส..... โบรคเกอร์เลขที่.....
 ชื่อผู้บริหาร.....
 รหัส..... สาขา/สำนักงาน.....

คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... เพศ ชาย หญิง
 ชื่อและนามสกุลเดิม..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี ประเทศที่เกิด.....
 เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง (กรณีที่เป็นคนต่างด้าว)..... วันหมดอายุ.....
 สัญชาติ..... (กรณีถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ)..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
2. ที่อยู่และที่ทำงาน
 - 2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 - 2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน ตามทะเบียนบ้าน ข้อ 2.1 (กรณีต่างจากทะเบียนบ้าน กรุณากรอกข้อมูลด้านล่าง)
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 - 2.3 ชื่อสถานที่ทำงาน..... ชื่ออาคาร.....
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 - 2.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 อีเมลสำหรับการรับเอกสารทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
 อีเมลสำหรับการรับข้อมูลข่าวสารของบริษัท..... เหมือนกับอีเมลไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
 - 2.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน อื่นๆ ให้ระบุที่อยู่ข้อ 27.
3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

4.5 จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม.....บาท จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้.....บาท ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่.....
 ชำระโดย หักบัญชีเงินฝากธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....สาขา.....
 เงินสด เช็ค บัตรเครดิต (โปรดกรอรายละเอียดในหนังสือแจ้งฯ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
 โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....ชื่อบัญชี บมจ.ฟิลลิปประกันชีวิต ธนาคาร.....สาขา.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราวตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยจากบริษัท

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....อาชีพ.....ความสัมพันธ์.....

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

คำถามข้อ 6 - 11 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 16 ปี

6. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) มีหรือ เคยมี ประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)			เงินชดเชยรายวัน (บาท/วัน)	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	อุบัติเหตุ	โรคร้ายแรง		

7. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุ

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดาของผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) หรือไม่ ไม่เป็น เป็น หากเป็นโปรดระบุชื่อโรค.....

9. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุ เพิ่มขึ้นกก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....

10. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) มีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ ใช่ ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่โปรดระบุรายละเอียด.....

11. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วันเดือนปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

คำถามข้อ 12 - 14 เป็นข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

12. ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เพศ ชาย หญิง
 ชื่อและนามสกุลเดิม.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ประเทศที่เกิด.....
 เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีที่เป็นคนต่างด้าว).....วันบัตรหมดอายุ.....
 สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
 ชื่อและนามสกุลของสามี/ภรรยา.....
13. ที่อยู่และที่ทำงาน
- 13.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- 13.2 ที่อยู่ปัจจุบัน ตามทะเบียนบ้าน ข้อ 13.1 (กรณีต่างจากทะเบียนบ้านกรณกรอกข้อมูลด้านล่าง)
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- 13.3 ชื่อสถานที่ทำงาน..... ชื่ออาคาร.....
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- 13.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 อีเมลสำหรับการรับเอกสารทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
 อีเมลสำหรับการรับข้อมูลข่าวสารของบริษัท เหมือนกับอีเมลไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
- 13.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน อื่นๆ ให้ระบุที่อยู่ในข้อ 27.
14. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

คำถามข้อ 15 – 27 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ปีขึ้นไป

และสำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

15. ท่านมีหรือเคยมี ประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าว ไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)			เงินชดเชยรายวัน (บาทต่อวัน)	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	อุบัติเหตุ	โรคร้ายแรง		

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 27

16. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสัญญาเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 27

17. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

18. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย หากเคยโปรดระบุชนิด.....
ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี เลิกเสพ เมื่อ.....
19. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่เคย เคย หากเคยโปรดระบุชนิด.....
ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่ม เมื่อ.....
20. ท่านสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย หากเคยโปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี
 เลิกสูบ เมื่อ.....
21. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
โปรดระบุ เพิ่มขึ้นกก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....
22. บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด
สมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบ
โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น หากเป็นกรุณาระบุชื่อโรค.....
23. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ | <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ม้ามโต | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ |
| <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา | <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ | <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ |
| <input type="checkbox"/> โรคต่อหีน | <input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง |
| <input type="checkbox"/> โรคอัมพาต / โรคอัมพฤกษ์ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ | <input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) |
| <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน | <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ | <input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง | <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย |
| <input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี | <input type="checkbox"/> โรคจิตเวช |
| <input type="checkbox"/> โรคชัก | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> โรคเลือด | <input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท |
| <input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า |
| <input type="checkbox"/> โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> ดาวนซินโดรม |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด | <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา | <input type="checkbox"/> ดีซ่าน | <input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง |
| <input type="checkbox"/> โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง | 2019 (COVID-19) | <input type="checkbox"/> โรคไขรูมาติก | <input type="checkbox"/> โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส |
| <input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง | <input type="checkbox"/> โรคของต่อมใต้สมอง | <input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง | <input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต |

โรค	วันเดือนปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

24. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

			เฉพาะสตรี
<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มือวิงเวียนส่วนเกิน ก้อน หรือ ติ่งเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์เดือน
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> จำเลือด	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะ แทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และ คลอดบุตร
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกาย ตนเอง	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ		<input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	
<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ		<input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ	

อาการ	วันเดือนปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

25. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุ

โรค	วันเดือนปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

26. สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน | <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ |
| <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> นิ้ว | <input type="checkbox"/> สมาร์ทสัน | <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท |
| <input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ | <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน | <input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน | <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก |
| <input type="checkbox"/> ออทิสติก | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ผิคนทุสูตร | <input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน |

โรค	วันเดือนปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

27. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม).....

คำถามข้อ 28 - 31 สำหรับการขอเอาประกันภัยแบบใช้คำถามสุขภาพเฉพาะแบบ

28. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย

- | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด | <input type="checkbox"/> โรคไต |
| <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> โรคชัก |
| <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> โรคเลือด | <input type="checkbox"/> โรคจิตเวช | <input type="checkbox"/> ดิซ่าน |

โรค	วันเดือนปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

29. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยคลำพบก้อนเนื้อหรือไม่ ไม่เคย เคย หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดอาการ.....
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ..... อาการปัจจุบัน.....
30. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย
 อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง
หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดอาการ.....วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ.....อาการปัจจุบัน.....
31. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุ

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

คำถามข้อ 32 สำหรับการประกันชีวิตควบการลงทุน (Unit Linked)
เพื่อให้เป็นไปตามประกาศสำนักงาน ก.ล.ต. เรื่อง การถือหน่วยลงทุนเกินกว่าหนึ่งในสาม

32. ท่านมี บุตร / ธิดา ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม ไม่มี มี

ชื่อและนามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน	อายุ

การแจ้งความประสงค์ในการรับกรมธรรม์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะรับกรมธรรม์และเอกสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์หรือไม่
- รับ (ท่านจะได้รับเฉพาะกรมธรรม์และเอกสารเกี่ยวกับกรมธรรม์ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น โดยส่งให้ท่านทาง Email)
- ไม่รับ (ท่านจะได้รับเล่มกรมธรรม์และเอกสารเกี่ยวกับกรมธรรม์)

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ย

1. การรับรองสถานะ

การรับรองสถานะของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ย	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

การรับรองสถานะของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยฯ	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) มีข้อผูกพัน หรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัท ในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัยเพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ข้อความยินยอมหรือคัดค้านในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

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 เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ในไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://online.philliplife.com/help/privacy-policy> [อาจมีการเปลี่ยนแปลง link ในอนาคต] รวมทั้งรับทราบ ว่า 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 ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท แก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://online.philliplife.com/help/privacy-policy> [อาจมีการเปลี่ยนแปลง link ในอนาคต] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
 2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
 3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อสงสัยใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
 4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
 5. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ.แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีที่มีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ
ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

ข้อความยินยอมข้อตกลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงข้อตกลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ 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 เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://online.philliplife.com/help/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 ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท แก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://online.philliplife.com/help/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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หนังสือให้ความยินยอมวัตถุประสงค์เพื่อการตลาด (Privacy Notice & Consent for Marketing Purposes)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน กรรมการ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....

- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (ซึ่งต่อไปในหนังสือฉบับนี้ให้เรียกว่า “ข้าพเจ้า”) ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และ ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ทั้งนี้เพื่อการดำเนินการในกิจกรรมทางการตลาด เพื่อวิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ และ ผลลัพธ์ของ บริษัท เพื่อการประชาสัมพันธ์ เพื่อเสนอข้อมูลผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพื่อการกุศล เพื่อการดำเนินกิจการปกติของบริษัท ซึ่งอาจดำเนินการต่อนิติบุคคล หรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย และ/หรือเพื่อเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของบริษัท และ/หรือเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายและนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (ซึ่งต่อไปในหนังสือฉบับนี้ให้เรียกว่า “ข้าพเจ้า”) ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และ ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ให้แก่บริษัทคู่ค้า เพื่อวิเคราะห์ เสนอข้อมูลผลิตภัณฑ์บริการ และสิทธิประโยชน์ต่างๆ
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 1. ข้อ 2. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อกรที่บริษัทจะปฏิบัติตามสัญญา ข้อตกลง และ/หรือ บริษัทจะไม่สามารถพิจารณาตามสิทธิบางประการที่กำหนดตามสัญญา ข้อตกลง และ/หรือ ประกาศของบริษัท และ/หรือ ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อปฏิบัติตามสัญญา ข้อตกลง และ/หรือ ประกาศของบริษัท และ/หรือ ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ตามนโยบายที่ปรากฏใน <https://www.philliplife.com/privacy-policy/> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทอาจจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่นิติบุคคลอื่น หรือ บุคคลอื่น หรือ หน่วยงานราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แกบริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่น นั้นแล้วตาม <https://www.philliplife.com/privacy-policy/> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อ นิติบุคคลอื่น หรือ บุคคลอื่น หรือ หน่วยงานราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับสัญญาข้อตกลง และ/หรือ ประกาศของบริษัท และ/หรือ ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม ของผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)..... (พยาน)

(ลงชื่อ)..... (พยาน)

(.....)

(.....)

หนังสือให้ความยินยอม (Privacy Notice & Consent)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน กรรมการ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมายเลขโทรศัพท์.....

- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (ซึ่งต่อไปในหนังสือฉบับนี้ให้เรียกว่า “ข้าพเจ้า”) ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัท ประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 1. และข้อ 2. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ถ้อยแถลงหรือคำตอบทุกข้อ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ ซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย และข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อเท็จจริงดังกล่าว ไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอม/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ส่วนที่ 2

การรับรองคำแถลง

Part II

Your declaration

ข้าพเจ้ายืนยันว่า: I confirm that

1. ถ้อยแถลงทั้งหมดที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

All statements I made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.

2. ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ (หรือผู้มีอำนาจลงนามในฐานะผู้ถือกรรมสิทธิ์) 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.

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่กรมสรรพากรเพื่อเป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ที่ปรากฏใน <https://online.philliplife.com/help/privacy-policy>

I acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my personal data to the Revenue Department to comply with requirements set forth in the Emergency Decree Re: Exchanging information to comply with international agreements on taxation B.E. 2566, in accordance with the Privacy Policy of the Company as appeared on <https://online.philliplife.com/help/privacy-policy>

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้และข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า และบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่นๆ ที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางบัญชีการเงิน

I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(s) may be provided to exchange with 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.

5. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบหากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสถานะของถิ่นที่อยู่ทางภาษีของข้าพเจ้าตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง และจะแจ้งข้อมูลที่เป็นปัจจุบันให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลง

I will advise the Company of my 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 the Company with a suitably updated self-certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.

วันที่ Date.....



ลายมือชื่อ

Signature (.....)

ผู้เอาประกันภัย (Insured)

หนังสือยินยอมชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัย/หนี้สิน ผ่านบัตรเครดิต

(ใช้สำหรับการชำระเงินในแต่ละครั้ง และ/หรือการชำระด้วยการตัดผ่านบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติเป็นประจำทุกงวด)

ข้าพเจ้า (ผู้ถือบัตรเครดิต) นาย / นาง / นางสาว	
ที่อยู่.....	
โทรศัพท์บ้าน.....	ที่ทำงาน.....
มือถือ.....	E-Mail
เป็นผู้ถือบัตรเครดิต ตามหมายเลขที่ระบุด้านล่างนี้	
ในฐานะ <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย	
<input type="checkbox"/> เกี่ยวพันกับผู้เอาประกันภัยในฐานะ <input type="radio"/> บิดา <input type="radio"/> มารดา <input type="radio"/> สามี <input type="radio"/> ภรรยา <input type="radio"/> บุตร <input type="radio"/> ญาติพี่น้อง (ตามหมายเหตุด้านล่าง)	
ยินยอมให้บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า	
เป็นจำนวน บาท ตัวอักษร (.....)	
เพื่อชำระเงิน <input type="checkbox"/> ค่าเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> คืนหนี้เงินกู้ตามกรรมธรรม์ ของผู้เอาประกันภัยชื่อ.....นามสกุล.....	
โดยเป็นการชำระ <input type="checkbox"/> เฉพาะงวดนี้/ครั้งนี้ ตามใบรับเงินชั่วคราว / กรรมธรรม์ เลขที่	
<input type="checkbox"/> งวดถัดไปโดยอัตโนมัติ (*) ตามกรรมธรรม์เลขที่	
<input type="checkbox"/> ทั้งงวดนี้ และ งวดถัดไปโดยอัตโนมัติ (*) ตามใบรับเงินชั่วคราว / กรรมธรรม์เลขที่	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)	
(*) สำหรับการเลือกชำระ งวดถัดไปโดยอัตโนมัติ เฉพาะการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยเท่านั้น	
การชำระทุกกรณี จะต้องแนบสำเนาบัตรเครดิต ที่เห็นเลขบัตร ชื่อผู้ถือบัตร และวันหมดอายุอย่างชัดเจนมาด้วย	
ประเภทบัตร <input type="radio"/>  VISA CARD	<input type="radio"/>  MASTER CARD
<input type="radio"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)	
ระดับบัตร <input type="radio"/> Platinum	<input type="radio"/> Classic
<input type="radio"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) ออกโดยธนาคาร	
หมายเลขบัตรเครดิต	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
วันที่บัตรหมดอายุ	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
ลายมือชื่อผู้ถือบัตร.....	วันที่
(ลายมือชื่อตามที่ปรากฏด้านหลังบัตรเครดิต)	
ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	วันที่
(ลายมือชื่อตามที่ปรากฏในใบคำขอเอาประกันภัย)	
ลายมือชื่อตัวแทน.....	รหัสตัวแทน
วันที่	

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทเท่านั้น รหัสอนุมัติ	ชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคารผู้อนุมัติ.....
ลงชื่อพนักงาน	สาขา
วันที่/...../.....	
ส่วนนี้สำหรับให้ตัวแทนที่ลงนามด้านบนหรือผู้บริหารงานขาย รับรองข้อมูลบัตรเครดิต กรณีไม่มีสำเนา หรือภาพถ่ายหน้าบัตรเครดิต แนบกับแบบฟอร์มนี้	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลบัตรเครดิตข้างต้น ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากมีความเสียหายใดๆ จากการรับชำระด้วยบัตรเครดิต	
ตามข้อมูลข้างต้น ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบเพียงผู้เดียว ลงชื่อ..... (.....)	

**** หมายเหตุ ** ในการชำระเงินฯ ผ่านบัตรเครดิต**

- บริษัทฯ รับเฉพาะบัตรเครดิตที่เป็นชื่อผู้เอาประกันภัย หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร/ธิดา หรือสามี หรือภรรยา หรือญาติ พี่น้องและบุคคลในครอบครัว ที่มีนามสกุลเดียวกันกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น
- การชำระเบี้ยประกันภัย จะถือว่าชำระล่วงหน้า และมีผลให้กรรมธรรม์มีผลบังคับ ก็ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินจากธนาคารแล้ว