

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบย่อ แบบ.....

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตเลขที่.....ตัวแทนชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....		
รหัส.....หน่วย.....สาขา.....ผู้แนะนำ (ถ้ามี).....		
● ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก.....กก. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่ออาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์..... อีเมล..... เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (passport) <input type="checkbox"/> อื่นๆ เลขประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... ที่อยู่ที่ทำงาน..... รายได้ต่อปี..... บาท ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกัน..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... อาชีพ..... รายได้ต่อปี.....บาท ความสัมพันธ์.....		
● คู่สมรส (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก.....กก. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่ออาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์..... เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (passport) <input type="checkbox"/> อื่นๆ เลขประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... ที่อยู่ที่ทำงาน..... รายได้ต่อปี..... บาท ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....		
● บุตร 1. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....	● บุตร 2. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....	● บุตร 3. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....
● บุตร 4. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....	● เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง) <input type="checkbox"/> แบบกระดาษ <input type="checkbox"/> แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ	
● ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ <input type="checkbox"/> แผน ระยะเวลาประกันภัย 1 ปี		
1. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	ผู้เอาประกันภัย	คู่สมรส
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคเมเร็ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคลมบ้าหมู	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
2. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคระบุ	.....	.....
3. ท่านเคยรับการรักษาหรือเคยรับการผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคระบุชื่อสถานพยาบาล	.....	.....
ลักษณะความเจ็บป่วย	.....	.....
ผลการรักษา แพทย์ระบุว่าท่านเป็นโรค	.....	.....
4. ท่านมีภาวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคระบุ	.....	.....

	ผู้เอาประกันภัย	คู่สมรส
5. ท่านคิดหาเสพคิด หรือเคยคิดหาเสพคิดให้โทษร้ายแรงหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
6. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
	บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย มากกว่าหนึ่งบริษัท โปรดระบุ ..... ..... .....	..... ..... .....
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือถูกบอกเลิกสัญญาในการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
	โปรดระบุบริษัท สาเหตุที่ถูกบอกเลิก..........	..........

● ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

● ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงิน ตาม กรม ธรรม ์ ประ กั้น ภัย ตาม นโยบาย คຸ້ມ ກອງ ຂໍ ອຸ ມ ລ ສ່ າ ນ ບ ຸ ດ ຕ ລ ຂ ອ ບ ຣ ຶ ມ ທ ີ ປ ຣ າ ກ ູ ນ ໃ ລ ຶ ນ ທີ່ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
 (.....) (.....) (.....)
 ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ลายมือชื่อคู่สมรส(กรณีขอเอาประกันภัย)
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

● คำเตือน

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
2. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐาน พร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับผู้ขอประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
3. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอประกันภัยและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย
4. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

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

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
(.....)
ลายมือชื่อคู่สมรส(กรณีขอเอาประกันภัย)

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทน โดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)