

เอกสารสำหรับแจ้งงาน (แบบกระดาษ)

1. ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญ

2. ใบข้อเสนอขาย (ออกข้อเสนอในโปรแกรม Quote)

3. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เอาประกัน, ผู้ชำระเบี้ย)

\*\*\*ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องแนบสำเนาสมุดสุขภาพ(ทุกหน้า) และใบสูติบัตร

4. หลักฐานชำระเงิน

4.1 สลิปโอนเงิน **pay in** แนบไฟล์ช่องทางการโอนชำระเบี้ยไว้แล้วนะคะ

4.2 ชำระบัตรเครดิต - แบบฟอร์มชำระเบี้ยผ่านบัตรเครดิต - สำเนาบัตรเครดิต - สำเนาบัตร  
ปปช.เจ้าของบัตร

4.3 กรณีจ่ายเบี้ยรายเดือน -หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก -สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร -  
สำเนาบัตรปปช.เจ้าของบัญชี



บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) 2922/222-227 ชั้น 15  
อาคารชาวยุโรปทาวเวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

ใบคำขอเอาประกันชีวิต  
ประเภทสามัญ

ช่องทางการขาย  ตัวแทน/นายหน้า  อิเล็กทรอนิกส์

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**คำแนะนำ** ข้อ 1-7 สำหรับแบบประกันที่ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ  
ข้อ 1- 28 สำหรับแบบประกันทั่วไป

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ \_\_\_\_\_  
ชื่อตัวแทน / นายหน้า \_\_\_\_\_  
ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_  
ผู้บริหารตัวแทน \_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_  
สาขา/สังกัด \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง  
ชื่อ-นามสกุลเดิม \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_ สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เลขประจำตัวประชาชน  -     -     -   -   
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน วันที่หมดอายุ \_\_\_\_\_  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_  
 หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ เลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่หมดอายุ \_\_\_\_\_  
ชื่อ-นามสกุล ภรรยา/สามี \_\_\_\_\_

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

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

ข. ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ค. สถานที่ทำงาน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน  
ชื่อ \_\_\_\_\_ อาคาร \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
ถนน \_\_\_\_\_ แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน อีเมล ระบุ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์บ้าน  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ที่ทำงาน  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_

จ. เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้บริษัทจัดส่งเอกสารต่อไปนี้ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

ประเภทเอกสาร	กระดาษ	อิเล็กทรอนิกส์
กรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใบเสร็จรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. กรณี อิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมลที่ไว้กับบริษัท  
2. ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น  
3. หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งเอกสารข้างต้นในรูปแบบกระดาษ โดยจัดส่งให้ทางไปรษณีย์

3. อาชีพประจำ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี (บาท) \_\_\_\_\_  
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี (บาท) \_\_\_\_\_

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุค่านำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

5. แบบประกันภัยและความคุ้มครอง

แบบประกันภัย \_\_\_\_\_ ระยะเวลาเอาประกันภัย \_\_\_\_\_ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_ ปี

เบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ (ถ้ามี) เนื่องจาก \_\_\_\_\_

ความคุ้มครอง/สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย/เงินครบกำหนดสัญญา/เงินค่าสินไหมทดแทน(ยกเว้นกรณีสินไหมมรณกรรม)/เงินอื่น
สัญญาหลัก			
สัญญาเพิ่มเติม			เลือก <input type="checkbox"/> เช็คขีดคร่อม <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี _____ เลขที่บัญชี _____ ธนาคาร _____ สาขา _____
			**หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อม
			<b>ข้อกำหนดและเงื่อนไข</b> ก. กรณีเลือกโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ จะต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารด้วย หากไม่ได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อม ข. กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย ค. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
		<b>เบี้ยประกันภัยรวม</b>	

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย

ราย 12 เดือน  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  ราย 1 เดือน  ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

แบบประกันภัยชนิด  ไม่มีเงินปันผล  มีเงินปันผล

6. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  ตนเอง  ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย (ตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในข้อ 16)

7. จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ \_\_\_\_\_ บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ \_\_\_\_\_

ชำระโดย

เงินสด  บัตรเครดิต ชนิด \_\_\_\_\_ ออกโดย \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ วันบัตรหมดอายุ \_\_\_\_\_ ชื่อเจ้าของบัตร \_\_\_\_\_

ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร/เคาน์เตอร์เซอร์วิส/เอ ที เอ็ม

โอนเงินเข้าบัญชีบริษัท เลขที่ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ \_\_\_\_\_

ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

เช็คธนาคาร \_\_\_\_\_ ข้าพเจ้า(เจ้าของบัตร) ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย) \_\_\_\_\_

เลขที่ \_\_\_\_\_ ลงวันที่ \_\_\_\_\_

จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน หรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

8. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่มี  มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

\*\*กรณีที่มิมีกรรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 29

9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

\*\*กรณีที่มิมีกรรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 29

10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ  
ถ้าเสพ/เคยเสพ ระบุชนิด \_\_\_\_\_ ปริมาณ \_\_\_\_\_ ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน \_\_\_\_\_ ปี  เลิกเสพเมื่อ \_\_\_\_\_

12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม  
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด \_\_\_\_\_ ปริมาณ \_\_\_\_\_ แก้ว/กระป๋อง/ขวดต่อครั้ง ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน \_\_\_\_\_ ปี  เลิกดื่มเมื่อ \_\_\_\_\_

13. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่  
ถ้าสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ \_\_\_\_\_ มวนต่อวัน สูบมานาน \_\_\_\_\_ ปี  เลิกสูบบุหรี่เมื่อ \_\_\_\_\_

14. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน  
ถ้าเปลี่ยนโปรดระบุ  เพิ่มขึ้น \_\_\_\_\_ กก.  ลดลง \_\_\_\_\_ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน \_\_\_\_\_ ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.  
น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก.

15. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง ข้ามนไปตอบส่วนที่ 3)

16. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณี ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

อาชีพประจำ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี (บาท) \_\_\_\_\_

เอกสารที่ใช้แสดง

บัตรประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวประชาชน  -     -     -   -  วันที่หมดอายุ \_\_\_\_\_

หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ เลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่หมดอายุ \_\_\_\_\_

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย  ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย

ที่อยู่อื่น โปรดระบุ

เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ที่ติดต่อ คือ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

คำถามข้อ 17 - 27 สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีข้อชื่อ “สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB)”

17. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

18. ตำแหน่งของอาชีพประจำ \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_ ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_

19. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพื่อยืดระยะเวลาเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

\*\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 29

20. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

21. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ  
ถ้าเสพ/เคยเสพ ระบุชนิด \_\_\_\_\_ ปริมาณ \_\_\_\_\_ ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน \_\_\_\_\_ ปี  เลิกเสพเมื่อ \_\_\_\_\_

22. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม  
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด \_\_\_\_\_ ปริมาณ \_\_\_\_\_ แก้ว/กระป๋อง/ขวดต่อครั้ง ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน \_\_\_\_\_ ปี  เลิกดื่มเมื่อ \_\_\_\_\_

23. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่  
ถ้าสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ \_\_\_\_\_ มวนต่อวัน สูบมานาน \_\_\_\_\_ ปี  เลิกสูบบุหรี่เมื่อ \_\_\_\_\_

24. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.  
ถ้าเปลี่ยนโปรดระบุ  เพิ่มขึ้น \_\_\_\_\_ กก.  ลดลง \_\_\_\_\_ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก.

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีชื่อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย)

25. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  ไม่เคย  เคย  
หากเคย ทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
สายตาดำพิการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต่อหีน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคจิตเวช	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ติชาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคระบบประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคต่อกระจาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคนิ่ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคถุงน้ำในไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเม็ดเลือดแดงผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไขรูมาติก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคของต่อมไธสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความชินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สำหรับ	โรค	วันที่/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)					
ผู้ขอเอาประกันภัย									
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย									

26. ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่  ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี  
 หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	น้ำหนักรีด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คล้ำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องมาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มือวัยยะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การได้ยินผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การพูดผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ท้องผูกเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จำเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะไขมันพอกตับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>เฉพาะสตรี</b>				
ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กำลังตั้งครรภ์.....เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ประจำเดือนมาผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับ	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
ผู้ขอเอาประกันภัย			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

27. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น ๆ ) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับ	โรคและ/หรือรายการตรวจ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจรักษา	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

**ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือ โรคมะเร็ง สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย**

28. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  
 ไม่เคย/ไม่มี     เคย/มี หากเคย/มี ทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> ออทิสติก
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น
<input type="checkbox"/> ไช้น้ำอักเสบ	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคประสาทหูเสื่อม
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ฝีคัณฑสูตร	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	
<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง			

อาการ และ/หรือ โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

29. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย และ ผู้ชำระเบี้ยประกัน (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ส่วนที่ 5 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_

ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย**

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  หรือ )

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
 ไม่มี     มี โปรดระบุ  ถือสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่  
 ไม่เป็น     เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ     เป็น กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
 ไม่มี     มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  ไม่มี     มี

2. คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3) และ 4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA



**ส่วนที่ 7 ข้อความยินยอมยินยอม แลก หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย 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 หรือจะมีขึ้นไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท 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 จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - 1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - 2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - 3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้วตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตาม นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
  - 4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 ผู้ขอเอาประกันภัย  
 (ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 พยาน

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

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 พยาน

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน



## ส่วนที่ 8 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียงและ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยานมีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกัน
5. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย
6. เพื่อป้องกันการไม่นำส่งเงินค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัท การชำระเบี้ยประกันภัยต้องชำระโดยตรงเข้าบัญชีธนาคารของบริษัทเท่านั้น พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ชำระเงินในเอกสารการชำระเงินให้ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการคืนเงินให้แก่ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ  
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

\*\* กรณีมีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

## หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก และขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีเงินฝาก

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร .....สำนักงาน/สาขา ..... (“ธนาคาร”)

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

ตrock/ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทร.....อีเมล.....

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน

ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) COMP CODE iCash สาขา .....  ธนาคารทหารไทยธนชาติ จำกัด (มหาชน) สาขา .....

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) สาขา .....  ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา .....

ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) สาขา .....  ธนาคารออมสิน สาขา .....

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา .....  ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา .....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

### 1. สำหรับชำระเบี้ยประกันภัย กรมธรรม์เลขที่ .....วันที่ต้องการให้หักบัญชี.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าข้างต้น เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยและ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท”) ตามจำนวนเงิน และ/หรือข้อมูลที่ธนาคารได้รับแจ้งผ่านใบแจ้งหนี้หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นใด (ต่อไปนี้จะเรียกว่า “รายการ”) จากบริษัท และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีเงินฝากของบริษัท ในกรณีที่มีค่าธรรมเนียม ค่าบริการ หรือค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการหักบัญชีเงินฝากตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าธรรมเนียม ค่าบริการ หรือค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้ด้วย และหากปรากฏภายหลังว่าจำนวนเงิน และ/หรือข้อมูลที่บริษัท แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้หักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏในรายการเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องจำนวนเงินดังกล่าวคืนจากบริษัทโดยตรง ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินรวมทั้งค่าเสียหายต่างๆทุกประการ และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีเงินฝากเพียงพอในการหักบัญชีในขณะที่เวลานั้นเท่านั้น หากธนาคารไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากได้ไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่ายังไม่มีการชำระค่าเบี้ยประกันภัย และในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักเงินจากบัญชีเงินฝากแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการหักบัญชีดังกล่าวนี้ได้จากสมุดคู่ฝาก/Statement ของธนาคาร หรือจากใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยของบริษัท

การยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันทีนับตั้งแต่วันที่ทำหนังสือฉบับนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะยกเลิกเพิกถอนโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้ธนาคารและบริษัท ทราบอย่างน้อยล่วงหน้า 2 เดือน ทั้งนี้ในกรณีที่บัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้มีผลบังคับใช้กับบัญชีเงินฝากที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ด้วยทุกประการ

### 2. สำหรับขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ กรมธรรม์เลขที่ .....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย/เจ้าของกรมธรรม์ มีความประสงค์ที่จะให้บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัท”) จ่ายเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์เข้าบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เช่น เงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ เงินเวนคืนกรมธรรม์ เงินกู้ยืมตามกรมธรรม์ หรือเงินจ่ายคืนอื่นของข้าพเจ้า เข้าบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

การที่บริษัท ได้นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์เข้าบัญชีเงินฝากดังกล่าวแล้ว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าบริษัท ได้จ่ายเงินผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ โดยให้ถือว่าบริษัท หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใด ๆ ที่มีต่อข้าพเจ้า ในกรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากตามที่ระบุไว้ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ดังกล่าวข้างต้นเป็นเช็คธนาคารตามวิธีปฏิบัติของบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงเจตนาที่เกี่ยวกับการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีเงินฝาก หรือเกี่ยวกับการใช้บัญชีเงินฝากที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งให้บริษัท ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วัน เพื่อเป็นหลักฐานแห่งข้อตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นบริษัท และธนาคาร จะมีการเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล หรือข้อมูลอื่น ๆ ในหนังสือฉบับนี้ ไม่ว่าทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝาก หรือการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีเงินฝาก หรือการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....(เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม)

บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

( )

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง ธนาคาร .....

ลงชื่อ..... (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา)

### เอกสารที่ต้องนำส่งพร้อมกับหนังสือฉบับนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเจ้าของบัญชี รับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนสมุดคู่ฝาก รับรองสำเนาถูกต้อง

## ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

กรณีชำระด้วย mPOS/Mini EDC : โป้รตระบุTransaction ID/Receipt No. 20 หลัก	วันที่ชำระด้วย mPOS/Mini EDC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ดังรายละเอียดนี้	
1. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 กรมธรรม์) _____	
2. ชื่อผู้เอาประกันภัย (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ท่าน) _____	
3. จำนวนเงิน _____ บาท (จำนวนเงินเป็นตัวอักษร _____)	
มีความประสงค์ใช้บัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัย	
<input type="radio"/> วงเดแรกเท่านั้น <input type="radio"/> วงเดแรกและวงเดถัดไปแบบอัตโนมัติ <input type="radio"/> วงเดปีต่ออายุ <input type="radio"/> วงเดปีต่ออายุและวงเดถัดไปแบบอัตโนมัติ	
<input type="radio"/> วันที่ต้องการให้ดำเนินการ _____ / _____ / _____ (วันทำการ จ. - ศ. เวลา 08.30 - 17.30 น.)	
ประเภทบัตร <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MasterCard <input type="radio"/> JCB	
ระบุดสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต _____ เดือน / ปี (ค.ศ.) ที่บัตรหมดอายุ _____ / _____	
เลขที่บัตรเครดิต <input type="text"/>	
ที่อยู่ตามบัญชีบัตรเครดิต _____	
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____ มีความสัมพันธ์เป็น _____ ของผู้เอาประกันภัยตามรายชื่อด้านบน	
ข้าพเจ้ายอมรับว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะหักจำนวนเงินตามที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตได้รับจากบริษัทฯ และยินยอมตามเงื่อนไขข้อนี้	
(1) บรรดาเอกสารต่างๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัทฯ ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตเรียกเก็บจากบัตรเครดิตนั้น	
มีความถูกต้องทุกประการ	
(2) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อย และกรมธรรม์มีผลบังคับก็ต่อเมื่อสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถหักเงินจากวงเงินของบัญชีบัตรเครดิตข้างต้นได้	
(3) หากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตได้ด้วยสาเหตุใดก็ตาม ถือว่ายังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าว	
บริษัทฯ จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป	
(4) กรณีการชำระเบี้ยประกันภัยวงเดแรก ข้าพเจ้ายอมรับว่า แม้บริษัทฯ/ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิตหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้แล้ว การพิจารณา	
ประกันภัยและ/หรือ วันเริ่มความคุ้มครองจะเป็นไปตามระเบียบและวิธีปฏิบัติของบริษัท	
(5) หากมีความเสียหาย หรือความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ	
ค่าเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ	
(6) กรณีที่ค่าเบี้ยประกันภัยมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้หักบัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัยที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ทุกประการ	
ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ และสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม	
หรือข้อมูลอื่นๆ ของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตอัตโนมัติ และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร	
ทั้งในประเทศและต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิยกเลิ/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้า	
หรืออายุความในการฟ้องร้องคดีสิ้นสุด แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง	
ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ _____ เจ้าของบัตรเครดิต
( _____ )	( _____ )
โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกัน	ลายเซ็นตามบัตรเครดิต

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขของบริษัทฯ ว่าหากบริษัทฯ ต้องคืนเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไม่ว่าจะทั้งจำนวนหรือบางส่วน ด้วยเหตุผลใดๆ บริษัทฯ จะคืนให้แก่เจ้าของบัตรเครดิต ผ่านบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้นเท่านั้น และหากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัตรเครดิต หรือ ยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัทฯ ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

หมายเหตุ 1. เจ้าของบัตรเครดิตสามารถชำระเบี้ยประกันภัยของตนเอง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่-น้องนามสกุลเดียวกัน และปู่ ย่า ตา ยาย (ถือตามสายโลหิตที่แท้จริง) ของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น

2. สำหรับเบี้ยประกันภัยวงเดถัดไป บริษัทฯ จะหักในวันครบกำหนดชำระฯ หากตรงกับวันหยุดจะดำเนินการวันทำการถัดไป กรณีไม่สามารถหักเบี้ยประกันได้ บริษัทฯ จะดำเนินการหักอัตโนมัติต่อทุกวันจนสามารถหักเบี้ยประกันภัยจากวงเงินบัตรเครดิตได้ หรือจนกว่าสถานะกรมธรรม์จะเปลี่ยน

ชื่อ-สกุล ตัวแทน \_\_\_\_\_ รหัสตัวแทน \_\_\_\_\_ เลขที่ใบอนุญาต \_\_\_\_\_

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)  
CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please complete in English)

ส่วนที่ 1 การระบุตัวตนของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

Part 1 Identification of Individual Applicant or Insured.

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ- นามสกุล) Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)	เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย Application Form No./Policy No.
สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ) Place of Birth (city and country)	

ส่วนที่ 2 การรับรองสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี

Part 2 Tax Residence Information

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ Do you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S.?	<input type="checkbox"/> ใช่ (หากตอบข้อนี้ โปรดระบุข้อมูลประเทศที่ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ เพื่อวัตถุประสงค์ทางภาษี และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี หรือสิ่งที่ใช้แทน สำหรับประเทศที่ระบุในส่วนที่ 2 ) Yes (If this choice is selected, please provide information on the country/jurisdiction where you are resident for tax purposes, and the taxpayer identification number (TIN) or functional equivalent for each country/ jurisdiction indicated in Part 2)  <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (หากตอบข้อนี้ โปรดข้ามไปส่วนที่ 3 และ 4 ) No (If this choice is selected, please skip to part 3 and 4)
--	---

\* ถิ่นที่อยู่ทางภาษี หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์อื่นๆ

\* "Tax resident" means particular jurisdiction in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน โปรดระบุเหตุผลที่เหมาะสมตามข้อ ก ข หรือ ค

If no taxpayer identification number (TIN) or functional equivalent is provided, please indicate Reason A, B, or C as appropriate.

- เหตุผล ก : ประเทศไม่มีการออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทนแก่ผู้อยู่อาศัย
- Reason A : Country/Jurisdiction does not issue taxpayer identification number (TIN) or functional equivalent to its residents.
- เหตุผล ข : ประเทศมีการออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน แต่ท่านไม่สามารถหรือไม่จำเป็นต้องได้รับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน
- Reason B : Country/Jurisdiction issue taxpayer identification number (TIN) or functional equivalent, but you are unable or not required to obtain a taxpayer identification number or functional equivalent.
- เหตุผล ค : ประเทศมีการออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน แต่ประเทศไม่ได้กำหนดให้สถาบันทางการเงินต้องเก็บหมายเลขประจำตัวหรือสิ่งที่ใช้แทนจากผู้อยู่อาศัย
- Reason C : Country/Jurisdiction issue taxpayer identification number (TIN) or functional equivalent, but the country/jurisdiction does not require Financial Institutions to collect taxpayer identification number or functional equivalent from its residents.

ลำดับ No.	ประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country or Jurisdiction of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี หรือสิ่งที่ใช้แทน Taxpayer Identification Number or functional equivalent	หากท่านไม่ระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี หรือสิ่งที่ใช้แทน โปรดระบุเหตุผล ก ข หรือ ค If no taxpayer identification number (TIN) or functional equivalent is provided, please select Reason A, B, or C	หากท่านระบุเหตุผล ข โปรดอธิบายถึงเหตุผลที่ ท่านไม่สามารถหรือไม่จำเป็นต้องได้รับหมายเลข ประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน If Reason B is selected, please explain why you are unable or not required to obtain a taxpayer identification number (TIN) or functional equivalent
1				
2				
3				

### ส่วนที่ 3 การยืนยันและการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะ

#### Part 3 Confirmation and change of status.

1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน  
You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate, or incomplete, Samsung Life Insurance (Thailand) Public Company Limited ("Company") has the right, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ เกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่ปัจจุบัน ที่ท่านเคยแจ้งไว้กับบริษัทฯไว้ก่อนหน้า ภายใน 30 วัน หลังจากวันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล  
You agree to notify the company acknowledgment and delivery of supporting documents to the Company regarding any change in status or information any information contained in this form is inaccurate, complete, or out of date. that you previously notified to the Company within 30 days after the date of the change in status or information
4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate, or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

### ส่วนที่ 4 การยินยอม การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และผลของการไม่ให้ข้อมูล

#### Part 4 Consent disclosure providing information and consequences of not providing information.

1. ท่านยินยอมและตกลงให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านต่อกรมสรรพากร เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตาม CRS /OCED หน่วยงานจัดเก็บภาษีอากรในประเทศ และ/หรือต่างประเทศ โดยข้อมูลดังกล่าวรวมถึง ชื่อนามสกุล ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด เลขประจำตัวผู้เสียภาษี หมายเลขบัญชี จำนวนเงินหรือมูลค่าคงเหลือในบัญชี รายการเคลื่อนไหวทางบัญชี ประเภทและมูลค่าของผลิตภัณฑ์ มูลค่าเงินสดตามกรมธรรม์ และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางการเงิน/ธุรกิจ ที่อาจถูกร้องขอจากหน่วยงานทางภาษีอากรในประเทศ และ/หรือ ต่างประเทศ  
You acknowledge and agree that the company discloses your information to the company for the benefit of compliance CRS /OCED domestic tax collection agency and/or abroad such information includes the full name, address, date of birth, tax ID number, account number, amount or account balance, account transactions, type of product type and value, policy cash value and other information relating to financial/business relationships. That may be requested by local and/or foreign tax authorities.
2. หากท่านไม่ยินยอมให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะผู้ถือบัญชีที่ต้องถูกรายงาน หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมาย การรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
If you do not agree to provide information necessary to determine your reported account holder status or information that needs to be reported to the Company or unable to request a waiver from data reporting enforcement, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

By signing in the space below. I hereby acknowledge and agree to comply with the terms and conditions in this document, which includes acknowledge the condition to terminate the relationship.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย

Signature of Applicant or Insured

...../...../.....

วันที่ (ว/ด/ป/ปป)

Date (DD/MM/YYYY)

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Signature of Legal Representative or Legal Guardian

(in case the Applicant or Insured has not yet reached their majority)

...../...../.....

วันที่ (ว/ด/ป/ปป)

Date (DD/MM/YYYY)

#### เหตุผล (Reason B) : เหตุผลเพิ่มเติม (additional reasons below)

1. ข้าพเจ้าเป็นนักเรียนในสถาบันการศึกษาในประเทศนั้น  
I'm a student at an educational institution in the relevant country.
2. ข้าพเจ้าเป็นครู ผู้ฝึกงาน หรือนักศึกษาฝึกงานในสถาบันการศึกษาในประเทศนั้น หรือผู้เข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนด้านการศึกษา หรือวัฒนธรรม  
I'm a teacher, trainee, or intern at an educational institution in the relevant country, or participants in an educational or cultural exchange program.
3. ข้าพเจ้าเป็นบุคคลต่างชาติที่ได้รับมอบหมายให้ดำรงตำแหน่งทางการทูต หรือในสถานกงสุล หรือสถานทูต ในประเทศนั้น  
I'm a foreign person assigned to a diplomatic position or in the consulate or the embassy in the relevant country.
4. ข้าพเจ้าเป็นบุคคลที่เดินทางข้ามแดนไปกลับระหว่างประเทศเพื่อทำงานเป็นประจำ หรือเป็นลูกจ้างที่ทำงานบนรถบรรทุกหรือรถไฟที่เดินทางระหว่างประเทศ  
I'm a frontier worker / employee working in a trucks or trains traveling between countries.
5. ข้าพเจ้าเป็นคู่สมรส หรือบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุต่ำกว่า 21 ปี) ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังกล่าวข้างต้น  
You are a spouse or unmarried child (under 21) of one of the persons described previously.
6. เหตุผลอื่นๆ  
Other explanation