

## สรุปเอกสาร ฟิลลิปประกันชีวิต (รายเดือน)

- ใบคำขอ (เอาประกัน หรือผู้ชำระเบี้ยเช่นมุมขวาล่างในใบคำขอ)
- ใบเสนอราคา
- แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ (CRS)
- สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เอาประกัน)

\* กรณีผู้เยาว์ ใช้สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน และของบิดา หรือมารดา

- เอกสารชำระเบี้ย (โอนเข้าบัญชี ฟิลลิปประกันชีวิต ผู้เอาประกัน หรือผู้ชำระเบี้ยเป็นผู้โอนเท่านั้น)
- เอกสารยินยอมหักชำระเบี้ยผ่านบัญชีธนาคาร (ใช้ 3 ชุด)
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ (สำเนาบัตรประชาชน + สำเนาทะเบียนบ้าน กรณีผู้รับผลประโยชน์นามสกุลไม่ตรงกับผู้เอาประกัน)

## การลงนามเอกสาร

- ใบคำขอ: ผู้เอาประกัน หรือผู้ชำระเบี้ยต้องเซ็นมุมขวาล่างของใบคำขอทุกหน้า
- ใบเสนอราคา: ผู้เอาประกัน หรือผู้ชำระเบี้ยเซ็นมุมขวาล่างของใบเสนอราคาทุกหน้า

## ใบคำขอเอาประกันชีวิต

| ผู้ขอเอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป  | ผู้เยาว์ (ผู้ขอเอาประกันภัยต่ำกว่า 16 ปี)  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5)<br><input type="checkbox"/> แบบมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น (ตอบคำถามข้อ 1 - 5, 12 - 19, 22, 25)<br><input type="checkbox"/> แบบตรวจสุขภาพ/ไม่ตรวจสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5 , 12 - 24)       | <input type="checkbox"/> แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 5)<br><input type="checkbox"/> แบบมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น (ตอบคำถามข้อ 1 - 11)<br><input type="checkbox"/> แบบตรวจสุขภาพ/ไม่ตรวจสุขภาพ (ตอบคำถามข้อ 1 - 11) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง ให้ตอบคำถามผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ในหน้า 2</li> <li>กรณีชื่อความคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ให้กรอกแบบฟอร์มใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย</li> </ul> |  |
| กรุณาตอบคำถามของกฎหมาย FATCA ในหน้า 6 การให้ความยินยอมฯ ในหน้า 8<br>และลงนามยืนยันถ้อยแถลงฯ ในหน้า 8 ของใบคำขอฯ นี้   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b style="color: red;">คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย:</b> ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865 | กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....<br>ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....<br>รหัส.....ใบอนุญาตเลขที่.....<br>ชื่อผู้บริหาร.....<br>รหัส.....สาขา/สำนักงาน..... |
|---|--|

### คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... เพศ  ชาย  หญิง  
 ชื่อและนามสกุลเดิม.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ประเทศที่เกิด.....  
 เลขประจำตัวประชาชน /เลขหนังสือเดินทาง (กรณีที่เป็นคนต่างด้าว).....วันหมดอายุ.....  
 สัญชาติ..... 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 (กรณีต่างจากทะเบียนบ้านกรุณากรอกข้อมูลด้านล่าง)  
 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 โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....  
 อีเมล.....
  - 2.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน  อื่นๆ ให้ระบุที่อยู่ในข้อ 24.
3. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....  
 ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท  
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....  
 ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท

4. แบบประกันภัย สัญญาเพิ่มเติมที่ขอเอาประกันภัย และการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

4.1  การประกันชีวิตควบการลงทุน แบบ .....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท  
 จำนวนเบี้ยประกันภัยหลักเพื่อความคุ้มครอง.....บาท จำนวนเบี้ยประกันภัยหลักเพื่อการออม (ถ้ามี).....บาท  
 จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ (ถ้ามี).....บาท

4.2  การประกันชีวิตอื่น ๆ แบบ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท  
 จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี  
 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย  ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว  รายปี  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  รายเดือน  
 ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญา/เงินครบกำหนดสัญญา/เงินจากการขายคืนกองทุนบางส่วน/เงินค่าสินไหมทดแทน/สินไหมมรณกรรม เลือก

โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
 ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ชื่อธนาคาร.....

โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
 ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ชื่อธนาคาร.....

**(แบบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารและลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องเหมือนกับที่ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตฉบับนี้)**

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- 1) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้าในฐานะผู้ชำระเบี้ยประกันภัยรับทราบ ว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- 2) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะจ่ายเงินจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อม ให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- 3) ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าแจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัทฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของบัญชีพร้อมเพย์

| สัญญาเพิ่มเติมที่แนบพร้อมใบคำขอ | จำนวนเงินเอาประกันภัย/ผลประโยชน์ (บาท) | เบี้ยประกันภัย (บาท) |
|---------------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |
| <input type="checkbox"/>        |  |                      |

จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม.....บาท จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้.....บาท  
 ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่..... ชำระโดย  เงินสด  เช็ค  บัตรเครดิต  อื่นๆ โปรดระบุ.....  
 โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่..... ชื่อบัญชี บมจ.ฟิลลิปประกันชีวิต ธนาคาร.....สาขา.....

**คำเตือน** หากมีการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราวตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินเบี้ยประกันภัยงวดถัดไปผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยจากบริษัท

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย  
 ชื่อและนามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....

อาชีพ.....รายได้ต่อปี.....บาท  
 เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีที่เป็นคนต่างด้าว).....วันบัตรหมดอายุ.....

ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย  
 เหมือนที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย  ที่อยู่อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน.....อีเมล.....

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

| ชื่อและนามสกุล<br>ผู้รับประโยชน์ | เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง<br>/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ | อายุ | ความ<br>สัมพันธ์ | ที่อยู่ | ร้อยละของ<br>ผลประโยชน์ |
|----------------------------------|---|------|------------------|---------|-------------------------|
|                                  |   |      |                  |         |                         |
|                                  |   |      |                  |         |                         |
|                                  |   |      |                  |         |                         |

**คำถามข้อ 6 – 11 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 16 ปี**

6. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) มีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่มี  มี ดังนี้

| บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท) |            |            | เงินชดเชยรายวัน<br>(บาท/วัน) | ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับ<br>หรือไม่ |
|--------|--|------------|------------|------------------------------|-------------------------------------|
|        | ชีวิต                                  | อุบัติเหตุ | โรคร้ายแรง |                              |                                     |
|        |  |            |            |                              |                                     |
|        |  |            |            |                              |                                     |
|        |  |            |            |                              |                                     |

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

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด |
|--------|--------|---------|
|        |        |         |
|        |        |         |
|        |        |         |

**คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์)**

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

หากเป็นโปรดระบุชื่อโรคที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

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

**คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์)**

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

11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| โรค | วัน/เดือน/ปี<br>ที่ได้รับการตรวจ/รักษา | สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) | ผลการตรวจ/รักษา |
|-----|--|--|-----------------|
|     |  |  |                 |
|     |  |  |                 |
|     |  |  |                 |
|     |  |  |                 |

คำถามข้อ 12 – 24 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ปีขึ้นไป

12. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ดังนี้

| บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท) |            |            | เงินชดเชยรายวัน<br>(บาทต่อวัน) | ขณะนี้สัญญา<br>มีผลบังคับหรือไม่ |
|--------|--|------------|------------|--------------------------------|----------------------------------|
|        | ชีวิต                                  | อุบัติเหตุ | โรคร้ายแรง |                                |                                  |
|        |  |            |            |                                |                                  |
|        |  |            |            |                                |                                  |
|        |  |            |            |                                |                                  |

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 24\*

13. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด |
|--------|--------|---------|
|        |        |         |
|        |        |         |
|        |        |         |

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 24\*

14. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

15. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคยโปรดระบุชนิด..... ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี  เลิกเสพ เมื่อ.....

16. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคยโปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี  เลิกดื่ม เมื่อ.....

17. ท่านสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคยโปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี  เลิกสูบ เมื่อ.....

18. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุ  เพิ่มขึ้น .....กก.  ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

19. บิดา มารดา สามีนุภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่  ไม่เป็น  เป็น หากเป็นโปรดระบุเฉพาะชื่อโรคที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

20. 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"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต | <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                    |

- โรควัณโรค
- โรคหอบหืด
- โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง
- โรคไขว้นในเลือดสูง
- โรคนี้ว่า
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- โรคของต่อมไต้สมอง
- โรคต่อกระຈก
- โรคไทรอยด์
- ดีซ่าน
- โรคไขว้มาติก
- โรคโลหิตจาง
- โรคถุงน้ำในไต
- ดาวน้ชินโดรม
- โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง
- โรคกล้ามเนื้อเฟลิสเคอโรซิส
- โรคของต่อมหมวกไต

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|---|--|---|
|     |   |  |   |
|     |   |  |   |
|     |   |  |   |

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

|  |  |   | เฉพาะสตรี  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ                 | <input type="checkbox"/> มือว้วะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย | <input type="checkbox"/> ใจสั้น               | <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ .....เดือน                             |
| <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง                 | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก                          | <input type="checkbox"/> จำเลือด              | <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร |
| <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"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด                    | <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย       | <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ                                   |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง            | <input type="checkbox"/> ท้องมาน                                     | <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด            |  |
| <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง                        | <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ                          | <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง          |  |
| <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด                       | <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง                              | <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง   |  |
| <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ                | <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง                 | <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ |  |
| <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ                    |  | <input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ      |  |

| อาการ | วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ | อาการปัจจุบัน |
|-------|------------------------------|---------------|
|       |                              |               |
|       |                              |               |
|       |                              |               |

22. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย  
 ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

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

23. สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย  เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ติดเชื้อในหูชั้นกลาง
- กรดไหลย้อน
- ภูมิแพ้
- เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง    | <input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน     | <input type="checkbox"/> สมาริสัน               | <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท  |
| <input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ                 | <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"/> ผิคล้ำทู่สูตร          | <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/<br>ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์<br>(ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการ<br>รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | ผลการวินิจฉัย/การรักษา/<br>การตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์<br>และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/<br>ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|---|--|--|
|     |   |  |  |
|     |   |  |  |
|     |   |  |  |

24. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) .....

.....

.....

**คำถามข้อ 25 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปขอเอาประกันภัยแบบประกันที่มีคำถามสุขภาพอย่างสั้น**

25. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป็นโรคร้ายแรงใดๆ  ใช่  ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่โปรดระบุรายละเอียด.....

**การแจ้งความประสงค์ในการรับกรมธรรม์**

เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

- แบบกระดาษ
- แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ

**การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอ และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง**

**1. การรับรองสถานะ**

| การรับรองสถานะของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยฯ  | ผู้ขอเอาประกันภัย  | ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย   |
|---|--|---|
| ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ<br><input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน<br><input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา           | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ<br><input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน<br><input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา            |
| ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่   | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น<br><input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ<br>กรณีเป็นหรือเคยเป็น<br>โปรดระบุเลขที่.....<br>วันบัตรหมดอายุ..... | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น<br><input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ<br>กรณีเป็นหรือเคยเป็น<br>โปรดระบุเลขที่ .....<br>วันบัตรหมดอายุ..... |
| ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี  | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี   |
| ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา) | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี  | <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input type="checkbox"/> มี   |

## 2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") มีข้อผูกพัน หรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี 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

### ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย 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 จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย 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 รายละเอียดการเก็บ รวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://online.philliplife.com/help/privacy-policy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล



ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)

- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปี ขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
5. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบคุณภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทร่วมละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ.แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปี ขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีที่มีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ  
ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

## ใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ชื่อ - นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย..... ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

### คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย..... เพศ  ชาย  หญิง  
 ชื่อและนามสกุลเดิม..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี ประเทศที่เกิด.....  
 เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง (กรณีที่เป็นคนต่างด้าว)..... วันหมดอายุ.....  
 สัญชาติ..... สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
2. ที่อยู่และที่ทำงาน
  - 2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย  
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
  - 2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย  
 เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
  - 2.3 ที่อยู่สถานที่ทำงาน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย  
 ชื่อสถานที่ทำงาน..... ชื่ออาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่.....  
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....
  - 2.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....  
 อีเมล.....
  - 2.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย
3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....  
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท  
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....  
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด |
|--------|--------|---------|
|        |        |         |
|        |        |         |
|        |        |         |

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มเติมในข้อ 14\*

5. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
6. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคยโปรดระบุชนิด.....  
 ปริมาณ..... ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี  เลิกเสพ เมื่อ.....

7. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคยโปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี  เลิกดื่ม เมื่อ.....
8. ท่านสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคยโปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี  เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ.....
9. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุ  เพิ่มขึ้น .....กก.  ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน.....
10. บิดา มารดา สามิ ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่  ไม่เป็น  เป็น หากเป็นโปรดระบุชื่อโรคที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

### คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

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

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

12. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ              | <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง                  | <input type="checkbox"/> ม้ามโต           | <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต             |
| <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา           | <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง                        | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ | <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ       |
| <input type="checkbox"/> โรคต่อหิน               | <input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ                    | <input type="checkbox"/> โรคไต            | <input type="checkbox"/> โรคเมเร็ง                      |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง      | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง                     | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ     | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง |
| <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต | <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"/> ดาวน์ซินโดรม                   |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด               | <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) | <input type="checkbox"/> ดีซ่าน           | <input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง        |
| <input type="checkbox"/> โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง  | <input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธสมอง                       | <input type="checkbox"/> โรคไขรูมาติก     | <input type="checkbox"/> โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส         |
| <input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง      | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไธสมอง                          | <input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง      | <input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต               |
| <input type="checkbox"/> โรคนิ้ว                 | <input type="checkbox"/> โรคต่อกระดูก                           | <input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต    |   |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์) | ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|--|---|--|
|     |  |   |  |
|     |  |   |  |
|     |  |   |  |

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

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ                 | <input type="checkbox"/> มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือ<br>ติ่งเนื้อในร่างกาย | <input type="checkbox"/> ใจสั่น               | <b>คำถามเฉพาะสตรี</b>  |
| <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง                 | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก                               | <input type="checkbox"/> จำเลือด              |  |
| <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ    | <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง                                  | <input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง      | <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ .....เดือน                                     |
| <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก | <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด                         | <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง     | <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะ<br>แทรกซ้อนในการตั้งครรภ์<br>และคลอดบุตร |
| <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า                     | <input type="checkbox"/> ท้องมาน  | <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย       | <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่อง<br>คลอด                                |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง            | <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ                               | <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด            | <input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมี<br>ประจำเดือน                                 |
| <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง                        | <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง                                   | <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง          | <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ   |
| <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด                       | <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกาย<br>ตนเอง                  | <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง   |  |
| <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ                |   | <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ |  |
| <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ                    |   | <input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ      |  |

| อาการ | วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ | อาการปัจจุบัน |
|-------|------------------------------|---------------|
|       |                              |               |
|       |                              |               |
|       |                              |               |

14. สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม).....  
 .....  
 .....

**ข้อความยินยอมถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 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 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษาการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://online.philliplife.com/help/privacy-policy> [อาจมีการเปลี่ยนแปลง link ในอนาคต] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <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](http://www.oic.or.th)
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคปภ.แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ลงชื่อ .....  
(.....)  
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/  
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย  
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ .....  
(.....)  
พยาน

กรณีที่มีการแก้ไข ชีดฆ่า ขูดลบ  
ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

## 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)

(.....)

(.....)

แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ  
**Common Reporting Standard (CRS) สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)**  
**CRS Self-Certification form for individual Customer (Please specify in English)**

|   |   |
|---|---|
| ผู้ขอเอาประกันภัย (ชื่อ-นามสกุล)<br>Insured Name (Name/Surname) | เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์<br>Application Form No./ Policy No. |
|---|---|

วันเดือนปีเกิด : Date of Birth (dd/mm/yyyy)

ที่อยู่เพื่อใช้ในการติดต่อ (Contact address)

สถานที่เกิด (เมือง / ประเทศ) Place of Birth (City / Country)

**ส่วนที่ 1**                                  การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา  
**Part I**    (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ) **CRS : Declaration of all Tax Residency**

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศที่นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา     ใช่ / Yes     ไม่ใช่ / No

Do you have **tax residence** in countries other than Thailand or the U.S.?  
**“ถิ่นที่อยู่ทางภาษี”** หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้น และ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือ โดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ

“**Tax residence**” means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax by reason of domicile, residence, number of days you Stay in that country in each year or any other criterion.  
 โปรดตอบ **“ใช่”** หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และ โปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง You must answer **“Yes”** if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below.  
 หากท่านตอบว่า **“ไม่ใช่”** ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้ If you select **“No”** end the question in Part I.

| ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี<br>Country of Tax Residence | หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ<br>TIN | หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค<br>If the TIN is unavailable, enter Reason A, B or C | หากท่านเลือกเหตุผล ข โปรดอธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้<br>Please explain why you are unable to obtain a TIN if you select Reason B |
|--|---|--|--|
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้ If a TIN is unavailable, indicate which of the following reason is applicable:  
 เหตุผล (ก) – ประเทศที่ผู้ถือบัญชีมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น  
 Reason (A) – The jurisdiction where the account holder is a tax resident does not issue TINs to its residents.  
 เหตุผล (ข) – ผู้ถือบัญชียังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)  
 Reason (B) – The account holder is otherwise unable to obtain a TIN. (Note: Please explain why you are unable to obtain a TIN)  
 เหตุผล (ค) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับจัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)  
 Reason (C) – TIN is not required. (Note: Only select this reason only if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of TIN issued by such jurisdiction)

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)



## หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร

 กรมธรรม์เลขที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงานใหญ่/ สาขา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี..... บ้านเลขที่..... หมู่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

E-Mail: ..... เป็นผู้อาประกันชีวิตกับ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัท")

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัท ตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งต่อธนาคารตามที่ปรากฏในใบแจ้งเดือนชำระค่าเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งเดือนชำระค่าเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินดังกล่าว และ/หรือความเสียหายที่ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้แก่บริษัทตามใบแจ้งเดือนยอดเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ได้ต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอต่อการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น ในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / Statement ของธนาคารหรือจากใบรับเงินเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ

ในกรณีที่เกิดข้อผิดพลาดเลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้จะมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันที โดยบริษัทจะแจ้งงวดครบกำหนดชำระครั้งแรกที่จะทำการหักบัญชีให้ทราบ และให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าธนาคารจะได้บอกเลิกการให้บริการ หรือข้าพเจ้าจะแจ้งเพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 1 เดือน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม (ลายเซ็นตรงตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

| โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของบัญชี และสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่ระบุชื่อเจ้าของบัญชี พร้อมรับรองสำเนา |   |
|---|---|
| สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร: ตรวจสอบแล้วถูกต้อง   | สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ: ตรวจสอบแล้วถูกต้อง      |
| ลงชื่อ .....ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา วันที่ ..... /..... /.....  | ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ .....วันที่ ..... /..... /..... |
| ธนาคาร ..... สาขา .....   | ผู้อนุมัติ ลงชื่อ .....                           |

### การแจ้งยินยอมให้หักบัญชีธนาคาร สามารถดำเนินการได้ใน 2 วิธี ดังนี้

1. การใช้หนังสือยินยอมให้หักบัญชีธนาคาร (ตามแบบฟอร์มนี้) เพื่อแจ้งต่อธนาคารเจ้าของบัญชี
  - ต้องรอให้ธนาคารตรวจสอบและอนุมัติ ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการอย่างน้อย 7 วันทำการ
  - สามารถดำเนินการได้กับทุกธนาคารชั้นนำ
2. การดำเนินการโดยตรงผ่านตู้ ATM
  - ได้รับผลตรวจสอบบัญชีและอนุมัติ จาก Slip ผ่านตู้ ATM ได้ทันที
  - วิธีดำเนินการเป็นไปตามที่แต่ละธนาคารกำหนด

## หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร

 กรมธรรม์เลขที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงานใหญ่/ สาขา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี..... บ้านเลขที่..... หมู่.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

E-Mail: ..... เป็นผู้เอาประกันชีวิตกับ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัท")

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัท ตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งต่อธนาคารตามที่ปรากฏในใบแจ้งเดือนชำระค่าเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งเดือนชำระค่าเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินดังกล่าว และ/หรือความเสียหายที่ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้แก่บริษัทตามใบแจ้งเดือนยอดเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ได้ต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอต่อการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น ในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / Statement ของธนาคารหรือจากใบรับเงินเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ

ในกรณีที่เกิดการหลักฐานเลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันที โดยบริษัทจะแจ้งงวดครบกำหนดชำระครั้งแรกที่จะทำการหักบัญชีให้ทราบ และให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าธนาคารจะได้บอกเลิกการให้บริการ หรือข้าพเจ้าจะแจ้งเพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 1 เดือน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม (ลายเซ็นต์ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

| โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของบัญชี และสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่ระบุชื่อเจ้าของบัญชี พร้อมรับรองสำเนา |   |
|---|---|
| สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร: ตรวจสอบแล้วถูกต้อง   | สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท: ตรวจสอบแล้วถูกต้อง       |
| ลงชื่อ .....ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา วันที่ ..... /..... /.....  | ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ .....วันที่ ..... /..... /..... |
| ธนาคาร ..... สาขา .....   | ผู้อนุมัติ ลงชื่อ .....                           |

### การแจ้งยินยอมให้หักบัญชีธนาคาร สามารถดำเนินการได้ใน 2 วิธี ดังนี้

1. การใช้หนังสือยินยอมให้หักบัญชีธนาคาร (ตามแบบฟอร์มนี้) เพื่อแจ้งต่อธนาคารเจ้าของบัญชี
  - ต้องรอให้ธนาคารตรวจสอบและอนุมัติ ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการอย่างน้อย 7 วันทำการ
  - สามารถดำเนินการได้กับทุกธนาคารชั้นนำ
2. การดำเนินการโดยตรงผ่านตู้ ATM
  - ได้รับผลตรวจสอบบัญชีและอนุมัติ จาก Slip ผ่านตู้ ATM ได้ทันที
  - วิธีดำเนินการเป็นไปตามที่แต่ละธนาคารกำหนด

## หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร

 กรมธรรม์เลขที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการธนาคาร.....สำนักงานใหญ่/ สาขา.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท.....

บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

E-Mail: ..... เป็นผู้เอาประกันชีวิตกับ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัท")

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆ ให้แก่บริษัท ตามจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งต่อธนาคารตามที่ปรากฏในใบแจ้งเดือนชำระค่าเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทฯ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งเดือนชำระค่าเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินดังกล่าว และ/หรือความเสียหายที่ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้แก่บริษัทตามใบแจ้งเดือนยอดเบี้ยประกันภัย หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (Diskette/Tape) หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ได้ต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเพียงพอต่อการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น ในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / Statement ของธนาคารหรือจากใบรับเงินเบี้ยประกันภัยของบริษัทฯ

ในกรณีที่เกิดการหลักฐานเลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้จะมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันที โดยบริษัทจะแจ้งงวดครบกำหนดชำระครั้งแรกที่จะทำการหักบัญชีให้ทราบ และให้มีผลบังคับต่อไปจนกว่าธนาคารจะได้บอกเลิกการให้บริการ หรือข้าพเจ้าจะแจ้งเพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 1 เดือน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม (ลายเซ็นตรงตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

| โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของบัญชี และสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกที่ระบุชื่อเจ้าของบัญชี พร้อมรับรองสำเนา |   |
|---|---|
| สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร: ตรวจสอบแล้วถูกต้อง   | สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท: ตรวจสอบแล้วถูกต้อง       |
| ลงชื่อ .....ผู้รับมอบอำนาจลงนามสาขา วันที่ ..... /..... /.....  | ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ .....วันที่ ..... /..... /..... |
| ธนาคาร ..... สาขา .....   | ผู้อนุมัติ ลงชื่อ .....                           |

### การแจ้งยินยอมให้หักบัญชีธนาคาร สามารถดำเนินการได้ใน 2 วิธี ดังนี้

- การใช้หนังสือยินยอมให้หักบัญชีธนาคาร (ตามแบบฟอร์มนี้) เพื่อแจ้งต่อธนาคารเจ้าของบัญชี
  - ต้องรอให้ธนาคารตรวจสอบและอนุมัติ ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการอย่างน้อย 7 วันทำการ
  - สามารถดำเนินการได้กับทุกธนาคารชั้นนำ
- การดำเนินการโดยตรงผ่านตู้ ATM
  - ได้รับผลตรวจสอบบัญชีและอนุมัติ จาก Slip ผ่านตู้ ATM ได้ทันที
  - วิธีดำเนินการเป็นไปตามที่แต่ละธนาคารกำหนด