

## ใบคำขอเอาประกันภัย อุบัติเหตุส่วนบุคคลแบบย่อ (สำหรับ Package)

**คำเตือน** ของสำนักคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจ  
 เป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกัน  
 ชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....  
 ชื่อตัวแทน / นายหน้าประกันภัย.....  
 รหัสตัวแทน / นายหน้าประกันภัย เลขที่.....  
 ใบอนุญาตเลขที่.....

### คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....เพศ  ชาย  หญิง  
 วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
 เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (Passport)  ทะเบียนบ้าน  อื่น ๆ โปรดระบุ .....  
 เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ ..... วันหมดอายุ.....
  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.....
  3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้ต่อปี.....บาท  
 ลักษณะธุรกิจ.....
  4. สถานที่ติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่ทำงาน
  5. เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)  
 แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล ที่ให้ไว้กับบริษัท  แบบกระดาษ โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ได้รับไว้
  6. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย  
 แผนการประกันภัยตามรหัสย่อ..... จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท  
 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท ตามใบรับเงินชั่วคราวเลขที่.....  
 ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา ..... น.
  7. ผู้รับประกัน (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกัน ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)
- | ชื่อและนามสกุล<br>ผู้รับประกัน | เลขประจำตัวประชาชน/<br>หนังสือเดินทาง/เอกสารที่<br>หน่วยงานของรัฐออกให้ | อายุ | ความ<br>สัมพันธ์ | ที่อยู่ | ร้อยละ<br>ของผล<br>ประโยชน์ |
|--------------------------------|---|------|------------------|---------|-----------------------------|
|                                |   |      |                  |         |                             |
|                                |   |      |                  |         |                             |
|                                |   |      |                  |         |                             |
8. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่มี  มี  
 ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียด ชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท  
 (กรณีมีมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุเป็นเอกสารแนบมาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัยนี้)

9. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิตหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด  
ชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท  
(กรณีมีมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุเป็นเอกสารแนบมาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัยนี้)
10. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติ หรือพิการบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
11. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
12. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
13. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่
- |                                 |                                 |                              |            |                                 |                              |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------|---------------------------------|------------------------------|
| โรคลมชัก                        | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | โรคหัวใจ   | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| โรคความดันโลหิตสูง              | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| โรคกระดูก และ / หรือ กล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | โรคมะเร็ง  | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| โรคเอดส์                        | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |            |                                 |                              |

**ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย**

ชื่อและนามสกุล..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....  
อาชีพ..... รายได้ต่อปี.....บาท  
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (กรณีเป็นคนต่างด้าว) เลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....  
ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยฯ ที่ติดต่อได้  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย  เหมือนที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย  
 ที่อยู่อื่นโปรดระบุ.....  
โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... อีเมล.....

**การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอกู้เงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษี**

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

**ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยฯ กรณีเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อเท็จจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว 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 จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://online.philliplife.com/help/privacy-policy> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการ

กำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม 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/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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปี ขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
2. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อสงสัยใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง

**สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์:**

3. ท่านและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย
4. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถแจ้งบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทโดยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ ในกรณีนี้ให้ถือว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ไม่มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันเริ่มต้นของระยะเวลาประกันภัย โดยบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทน/นายหน้า

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปี ขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทน /นายหน้า

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีที่มีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่