สรุปเอกสารชุดใบคำขอ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (ซัมซุงประกันชีวิต)

1. ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

2. ใบเสนอราคา

3. แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับบุคคลธรรมดา (CRS) **(กรอกเป็นภาษาอังกฤษ)**

4. หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

5. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เอาประกัน, ผู้ชำระเบี้ย)

6. หลักฐานการชำระเงิน

- สลิป

- กรณีชำระด้วยบัตรเครดิต ใช้แบบฟอร์มใบชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต + สำเนาบัตรเครดิต + สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของบัตรเครดิต

SAMSUNG LIFE INSURANCE

Barcode

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

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ช่องทางการขาย ☐ **ตัวแทน/นายหน้า** ☐ **อิเล็กทรอนิกส์**

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่_____
ชื่อตัวแทน / นายหน้า_____
ใบอนุญาตเลขที่_____ รหัส_____
ผู้บริหารตัวแทน_____ รหัส_____
สาขา/สังกัด_____

☐ **กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี** ☐ **กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน**

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย_____ (ชื่อ-นามสกุลเดิม_____)
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด _ _ / _ _ / _ _ _ _ อายุ_____ปี สัญชาติ_____ ส่วนสูง_____ซม. น้ำหนัก_____กก.
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ_____
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีชาวต่างชาติ_____วันบัตรหมดอายุ_____
ชื่อ 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	☐	☐
ใบเสร็จรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย	☐	☐

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

3. อาชีพประจำ_____ ลักษณะธุรกิจ_____
ลักษณะงานที่ทำ_____ รายได้ต่อปี (บาท)_____

4. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ตนเอง ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย
(ตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในข้อ 5)

5. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย
ชื่อ - นามสกุล_____ อายุ_____ปี ความสัมพันธ์_____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีชาวต่างชาติ_____วันบัตรหมดอายุ_____
สถานที่ติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ที่อยู่อื่น โปรดระบุ
เลขที่_____โทรศัพท์ติดต่อคือ_____
อาชีพประจำ_____รายได้ต่อปี (บาท)_____

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)

7.☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี

ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่_____เวลา 16.30 น.	สิ้นสุดวันที่_____เวลา 16.30 น.
☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน	
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่_____เวลา 16.30 น.	กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

8.ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ ☐ แผน_____

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)			
ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร(อ.บ. 2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน_____สัปดาห์			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน_____สัปดาห์			
ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
ข้อ 5. กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน			
ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน_____วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ			

9. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติม ดังนี้

ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
9.1 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1)		
9.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2)		
9.3 การโดยสารอากาศยานที่มิได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3)		
9.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4)		
9.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5)		
9.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5)		
9.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)		
9.8 อื่น ๆ โปรดระบุ_____		
เบี้ยประกันภัย รวมทั้งสิ้น		

10. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? ☐ไม่มี ☐มีหรือได้ขอ
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด_____บาท
โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

11. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

12. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

13. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว ☐ ดื่มเป็นประจำ

14. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?
☐ไม่เคย ☐เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน_____วัน
ลักษณะการบาดเจ็บ_____
ผลการรักษา_____แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา_____

15. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

15.1 โรคลมชัก	☐ไม่เคย	☐เคย
15.2 โรคหัวใจ	☐ไม่เคย	☐เคย
15.3 ความดันโลหิตสูง	☐ไม่เคย	☐เคย
15.4 โรคเบาหวาน	☐ไม่เคย	☐เคย
15.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ	☐ไม่เคย	☐เคย
15.6 โรคมะเร็ง	☐ไม่เคย	☐เคย
15.7 โรคเอดส์	☐ไม่เคย	☐เคย

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)

16. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?	☐ ไม่มี	☐ มี	ถ้ามี โปรดระบุ_____
17. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?	☐ ไม่มี	☐ มี	ถ้ามี โปรดระบุ_____
18. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?	☐ ไม่เคย	☐ เคย	ถ้าเคยโปรดระบุ_____
19. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?	☐ ไม่เคย	☐ เคย	ถ้าเคยโปรดระบุ_____

ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่_____

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 3 ข้อความยืนยันถ้อยแถลง หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง 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 จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย 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. จะเก็บรวมรวม 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

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)

ส่วนที่ 4 คำเตือน

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
2. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียงและ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยานมิต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
3. เพื่อป้องกันการไม่นำส่งเงินค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัท การชำระเบี้ยประกันภัยต้องชำระโดยตรงเข้าบัญชีธนาคารของบริษัทเท่านั้น พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ชำระเงินในเอกสารการชำระเงินให้ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการคืนเงินให้แก่ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความส่วนที่ 1 - 4 ในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

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

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

(ลงชื่อ) .....
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน
** กรณีมีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)

Samsung Life Insurance

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาญอิสสระทาวเวอร์ 2
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 www.samsunglife.co.th

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.

ผู้ขอเอาประกันกันภัย/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.?	☐ ใช่ (หากตอบข้อนี้ โปรดระบุข้อมูลประเทศที่ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่เพื่อวัตถุประสงค์ทางภาษี และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี หรือสิ่งที่ใช้แทนสำหรับประเทศที่ระบุในส่วนที่ 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) ☐ 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 : ประเทศไม่มีการออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งใช้แทนแก่ผู้อยู่อาศัย
- 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	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน Taxpayer Identification Number or functional equivalent	หากท่านไม่ระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน 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 โปรดอธิบายถึงเหตุผลที่ท่านไม่สามารถหรือไม่จำเป็นต้องได้รับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน 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				

 ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม .....

ส่วนที่ 3 การยืนยันและการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะ

Part 3 Confirmation and change of status.

1. ท่านยืนยันว่าข้อความข้างต้นถูกต้อง 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 เกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่เป็นปัจจุบัน ที่ท่านเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ 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 wo 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 เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามCRS /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 หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายการรายงานข้อมูลได้ 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.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ 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 (วว/ดด/ปปปป)
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 (วว/ดด/ปปปป)
Date (DD/MM/YYYY)

เหตุผล ข (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

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาญอิสสระทาวเวอร์ 2
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 Call Center 0-2762-7777

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย) .....ตามใบคำขอ/กรมธรรม์เลขที่.....

ข้อความยืนยันถ้อยแถลง หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต 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 จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย 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 โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ https://www.oic.or.th
   4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

เขียนที่.....

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

ลงชื่อ .....
(.....)
พยาน

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ .....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย
(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไป จะต้องลงนามด้วยตนเอง)

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

หมายเหตุ : กรณีผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
SAMSUNG LIFE INSURANCE (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

กรณีชำระด้วย mPOS/Mini EDC : โปรดระบุTransaction ID/Receipt No. 20 หลัก	วันที่ชำระด้วย mPOS/Mini EDC
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)_____เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัย ดังรายละเอียดนี้

1. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 กรมธรรม์)_____
2. ชื่อผู้เอาประกันภัย (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ท่าน)_____
3. จำนวนเงิน_____บาท (จำนวนเงินเป็นตัวอักษร_____)

มีความประสงค์ใช้บัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัย

◯ งวดแรกเท่านั้น ◯ งวดแรกและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ ◯ งวดปีต่ออายุ ◯ งวดปีต่ออายุและงวดถัดไปแบบอัตโนมัติ

◯ วันที่ต้องการให้ดำเนินการ_____/_____/_____ (วันทำการ จ. – ศ. เวลา 08.30 – 17.30 น.)

ประเภทบัตร ◯ VISA ◯ MasterCard ◯ JCB

ระบุสถาบันผู้ออกบัตรเครดิต_____ เดือน / ปี (ค.ศ.) ที่บัตรหมดอายุ _____/_____

เลขที่บัตรเครดิต ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ที่อยู่ตามบัญชีบัตรเครดิต_____

โทรศัพท์_____อีเมล์_____มีความสัมพันธ์เป็น_____ของผู้เอาประกันภัยตามรายชื่อด้านบน

ข้าพเจ้ายอมรับว่าสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตจะหักจำนวนเงินตามที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตได้รับจากบริษัทฯ และยินยอมตามเงื่อนไขดังนี้

(1) บรรดาเอกสารต่างๆ ที่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต และ/หรือ บริษัทฯ ได้จัดทำขึ้นอันเกี่ยวกับการยินยอมให้สถาบันผู้ออกบัตรเครดิตเรียกเก็บจากบัตรเครดิตนั้น มีความถูกต้องทุกประการ

(2) การชำระเบี้ยประกันภัยจะถือว่าชำระเรียบร้อย และกรมธรรม์มีผลบังคับก็ต่อเมื่อสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตสามารถหักเงินจากวงเงินของบัญชีบัตรเครดิตข้างต้นได้

(3) หากสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตไม่สามารถหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตได้ด้วยสาเหตุใดก็ตาม ถือว่ายังไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยใดๆ จากข้าพเจ้า ในกรณีดังกล่าว บริษัทฯ จะติดต่อข้าพเจ้าเพื่อแจ้งให้ทราบต่อไป

(4) กรณีการชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรก ข้าพเจ้ายอมรับว่า แม้บริษัท/ธนาคารเจ้าของบัตรเครดิตหักเงินจากบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าได้แล้ว การพิจารณารับประกันภัยและ/หรือ วันเริ่มความคุ้มครองจะเป็นไปตามระเบียบและวิธีปฏิบัติของบริษัท

(5) หากมีความเสียหาย หรือความผิดพลาดใดๆเกิดขึ้นแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ เนื่องมาจากการกระทำใดๆของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับชดใช้ค่าเสียหายแก่สถาบันผู้ออกบัตรเครดิต หรือบริษัทฯ ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงทุกประการ

(6) กรณีที่ค่าเบี้ยประกันภัยมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าโดยสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้หักบัตรเครดิตในการชำระเบี้ยประกันภัยที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆทุกประการ

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ และสถาบันผู้ออกบัตรเครดิตตามที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลต้องห้าม หรือข้อมูลอื่นๆของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย การหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตอัตโนมัติ และเพื่อประโยชน์อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร ทั้งในประเทศและต่างประเทศตลอดไป ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงสละสิทธิ์ยกเลิก/แก้ไข/ลบล้างความยินยอมดังกล่าวจนกว่าความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้าหรืออายุความในการฟ้องร้องคดีสิ้นสุด แล้วแต่ระยะเวลาใดสิ้นสุดภายหลัง

ลงชื่อ_____ผู้เอาประกันภัย
(_____)
โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกัน

ลงชื่อ_____เจ้าของบัตรเครดิต
(_____)
ลายเซ็นตามบัตรเครดิต

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขของบริษัทฯ ว่าหากบริษัทฯต้องคืนเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไม่ว่าจะทั้งจำนวนหรือบางส่วน ด้วยเหตุผลใดๆ บริษัทฯ จะคืนให้แก่เจ้าของบัตรเครดิต ผ่านบัญชีบัตรเครดิตที่ระบุข้างต้นเท่านั้น และหากมีการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัตรเครดิต หรือ ยกเลิกความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรแก่บริษัท ล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

หมายเหตุ
1. เจ้าของบัตรเครดิตสามารถชำระเบี้ยประกันภัยของตนเอง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่-น้องนามสกุลเดียวกัน และปู่ ย่า ตา ยาย (ถือตามสายโลหิตที่แท้จริง) ของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น
2. สำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป บริษัทฯ จะหักในวันครบกำหนดชำระฯ หากตรงกับวันหยุดจะดำเนินการวันทำการถัดไป กรณีไม่สามารถหักเบี้ยประกันได้ บริษัทฯ จะดำเนินการหักอัตโนมัติต่อไปทุกวันจนสามารถหักเบี้ยประกันภัยจากวงเงินบัตรเครดิตได้ หรือจนกว่าสถานะกรมธรรม์จะเปลี่ยน

ชื่อ-สกุล ตัวแทน_____รหัสตัวแทน_____เลขที่ใบอนุญาต_____