

การขายแบบพิเศษ
ชมชุงบ้านอายุ

ไม่ต้อง
ตรวจสอบสุขภาพ

15 พ.ย.-31 ธ.ค. 67 เท่านั้น

คลิก

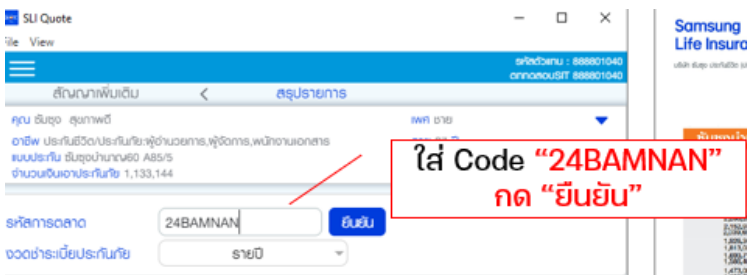
อย่าลืมใส่รหัส
"24BAMNAN"
บน SLI Quote ด้วยนะครับ

ใบคำขอ
แบบกระดาษ

เอกสารประกอบ และ การนำส่งงาน

การรับประกันแบบพิเศษ ชมชุงบ้านอายุ (SIO-1)

1. ใบคำขอSIO-1 ใบคำขอเอาประกันภัย ประเภทสามัญ ประเภท 1 อายุตั้งแต่ 20 ปี (SIO-1)
2. ใบข้อเสนอขาย (ออกข้อเสนอโปรแกรม SLI Quote) *ใส่ Code " 24BAMNAN "



3. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เอาประกัน, ผู้ชำระเบี้ย)
4. แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (CRS Self-Certification Form)
5. หลักฐานชำระเงิน

5.1 สลิปโอนเงิน Pay in แนบไฟล์ช่องทางการโอนชำระเบี้ย

5.2 ชำระบัตรเครดิต (แบบฟอร์มชำระเบี้ยผ่านบัตรเครดิต, สำเนาบัตรเครดิต, สำเนาบัตร

ปปช.เจ้าของบัตรเครดิต)

5.3 กรณีจ่ายเบี้ยรายเดือน (หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก, สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร, สำเนาบัตรปปช.เจ้าของบัญชี)

5.4 ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส, ธนาคาร ต้องใช้แบบฟอร์มตัวจริงออกโดยบริษัทฯ เท่านั้น

เงื่อนไขการซื้อ

1. ระยะเวลาการพิจารณา 15 พฤศจิกายน – 31 ธันวาคม 2567
2. แบบประกันภัย ชัมซุงบ้านอายุ 4 แบบเท่านั้น (ชัมซุงบ้านอายุ 85/55, ชัมซุงบ้านอายุ 85/60, ชัมซุงบ้านอายุ A85/5 และ ชัมซุงบ้านอายุ A90/5)
3. ลูกค้ารายใหม่ ไม่เคยสมัคร หรือ มีกรรมธรรม์กับบริษัทฯมาก่อน
4. ไม่สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมใด ๆ แบบทำยได้ ไม่ฟรี WP
5. ชำระเบี้ยประกันภัยได้ทุกโหมด (รายปี / ราย 6 เดือน / ราย 3 เดือน หรือ รายเดือน)
6. เงื่อนไขการซื้อสูงสุด ต่อผู้เอาประกันภัย 1 ราย ต่อ 1 ใบคำขอฯ ดังนี้
 - 6.1 เบี้ยประกันภัยต่อปี (APE) ต้องไม่เกิน 200,000 บาท และจำนวนเงินเอาประกันภัย ต้องไม่เกิน 4,000,000 บาท
 - 6.2 กรณีอื่นเป็นไปตามระเบียบ
7. ใช้ใบคำขอแบบกระดาษ “ใบคำขอเอาประกันภัย ประเภทสามัญ (ประเภท 1 อายุตั้งแต่ 20 ปี), (SIO-1)”

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

ใบคำขอเอาประกันภัย ประเภทสามัญ
SIO-1 (ประเภท 1 อายุตั้งแต่ 20 ปี)

ช่องทางการขาย ตัวแทน/นายหน้า อิเล็กทรอนิกส์ ธนาคาร

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____
ชื่อตัวแทน / นายหน้า _____
ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัส _____
ผู้บริหารตัวแทน _____ รหัส _____
สาขา/สังกัด _____

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

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

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ข. ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ค. สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
ชื่อ _____ อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน อีเมล ระบุ _____
โทรศัพท์บ้าน ไม่มี มี ระบุ _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน ไม่มี มี ระบุ _____
โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ _____ โทรศัพท์มือถือ ไม่มี มี ระบุ _____

จ. เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้บริษัทจัดส่งเอกสารต่อไปนี้ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

ประเภเอกสาร	กระดาษ	อิเล็กทรอนิกส์
กรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

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

5. แบบประกันภัยและความคุ้มครอง

ชื่อแบบประกันภัย _____ ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี

ชนิด ไม่มีเงินปันผล มีเงินปันผล

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ราย 12 เดือน ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน ราย 1 เดือน

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาหลัก <input type="checkbox"/> ชัมชุงบ้านอายุ 85/55 (บ้านอายุแบบลดหย่อนได้)		
<input type="checkbox"/> ชัมชุงบ้านอายุ 85/60 (บ้านอายุแบบลดหย่อนได้)		
<input type="checkbox"/> ชัมชุงบ้านอายุ A85/5 (บ้านอายุแบบลดหย่อนได้)		
<input type="checkbox"/> ชัมชุงบ้านอายุ A90/5 (บ้านอายุแบบลดหย่อนได้)		
		เบี้ยประกันภัยรวม

ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินคินกรมธรรม์ประกันภัย / เงินครบกำหนดสัญญา / เงินค่าสินไหมทดแทน (ยกเว้นกรณีสินไหมมรดกกรม) / เงินอื่น ๆ เลือก

เช็คขีดคร่อม โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี _____ เลขที่บัญชี _____

ธนาคาร _____ สาขา _____

** หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น ให้ถือว่าประสงค์จะรับเป็นเช็คขีดคร่อม

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

ก. กรณีเลือกโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ จะต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารด้วย หากไม่ได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อม

ข. กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย

6. จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ _____ บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

ชำระโดย

เงินสด บัตรเครดิต ชนิด _____ ออกโดย _____

ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร/เคาน์เตอร์เซอร์วิส/เอ ที เอ็ม หมายเลขบัตรเครดิต _____ วันบัตรหมดอายุ _____

โอนเงินเข้าบัญชีบริษัท เลขที่ _____ ชื่อเจ้าของบัตร _____

ธนาคาร _____ สาขา _____ ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ _____

เช็คธนาคาร เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ โดยข้าพเจ้า(เจ้าของบัตร) ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า หรือของผู้เอาประกันภัย (ระบุชื่อ) _____

จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นสายลักษณะอื่น

อักษรให้บริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน หรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้

7. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตนเอง บุคคลอื่น (ตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ข้อ 13)

8. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

ถ้าเปลี่ยนโปรดระบุ เพิ่มขึ้น _____ กก. ลดลง _____ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____ ส่วนสูง _____ ซม.

น้ำหนัก _____ กก.

9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 12

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

10. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง ใช่ ไม่ใช่

11. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

11.1 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามนี้หรือไม่

ไม่เคย

เคย หากเคย ทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคเมะเร็ง โรคเมะเร็งเม็ดเลือดขาว เจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจ

โรคตับแข็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไต โรคพาร์กินสัน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่มีอาการได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่ามีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

11.2 ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอกซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจ ซีที สแกน (CT scan) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือเข้ารับการผ่าตัด หรือ ได้รับการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ / รักษา	ผลการตรวจ / รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ / รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

12. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

13. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่ไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง

ชื่อ - นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____

อาชีพประจำ _____ รายได้ต่อปี (บาท) _____

เอกสารที่ใช้แสดง

บัตรประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวประชาชน _____ - _____ - _____ - _____ - _____ วันที่หมดอายุ _____

หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ เลขที่ _____ วันที่หมดอายุ _____

ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้

เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย เหมือนที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย

ที่อยู่อื่น โปรดระบุ

เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____

ส่วนที่ 3 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หรือ)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="radio"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="radio"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="radio"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวร อย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ <input type="checkbox"/> เป็น กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ _____ วันหมดอายุ _____
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี

2. คำรับรอง

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

ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมยินยอม แลก หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นที่พึงปรารถนา ให้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - 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>
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

()

ผู้เอาประกันภัย

ส่วนที่ 6 คำเตือน

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
- กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียงและ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
- สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยานมีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย
- หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทมูลค่า 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัย โดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน เว้นแต่เป็นการนำเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ผู้เอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน

หมายเหตุ: หากผู้เอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

**กรณีมีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

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

ส่วนที่ 1 การระบุตัวตนของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

Part 1 Identification of Individual Applicant or Insured.

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

ส่วนที่ 2 การรับรองสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี

Part 2 Tax Residence Information

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

* ถิ่นที่อยู่ทางภาษี หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์อื่นๆ

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

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือสิ่งที่ใช้แทน โปรดระบุเหตุผลที่เหมาะสมตามข้อ ก ข หรือ ค

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

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

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

ส่วนที่ 3 การยืนยันและการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะ

Part 3 Confirmation and change of status.

1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.

2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate, or incomplete, Samsung Life Insurance (Thailand) Public Company Limited ("Company") has the right, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ เกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่ปัจจุบัน ที่ท่านเคยแจ้งไว้กับบริษัทฯไว้ก่อนหน้า ภายใน 30 วัน หลังจากวันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
You agree to notify the company acknowledgment and delivery of supporting documents to the Company regarding any change in status or information any information contained in this form is inaccurate, complete, or out of date. that you previously notified to the Company within 30 days after the date of the change in status or information

4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate, or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ส่วนที่ 4 การยินยอม การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และผลของการไม่ให้ข้อมูล

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

1. ท่านยินยอมและตกลงให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านต่อกรมสรรพากร เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตาม CRS /OCED หน่วยงานจัดเก็บภาษีอากรในประเทศ และ/หรือต่างประเทศ โดยข้อมูลดังกล่าวรวมถึง ชื่อนามสกุล ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด เลขประจำตัวผู้เสียภาษี หมายเลขบัญชี จำนวนเงินหรือมูลค่าคงเหลือในบัญชี รายการเคลื่อนไหวทางบัญชี ประเภทและมูลค่าของผลิตภัณฑ์ มูลค่าเงินสดตามกรมธรรม์ และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางการเงิน/ธุรกิจ ที่อาจถูกร้องขอจากหน่วยงานทางภาษีอากรในประเทศ และ/หรือ ต่างประเทศ
You acknowledge and agree that the company discloses your information to the company for the benefit of compliance CRS /OCED domestic tax collection agency and/or abroad such information includes the full name, address, date of birth, tax ID number, account number, amount or account balance, account transactions, type of product type and value, policy cash value and other information relating to financial/business relationships. That may be requested by local and/or foreign tax authorities.

2. หากท่านไม่ยินยอมให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะผู้ถือบัญชีที่ต้องถูกรายงาน หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมาย การรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
If you do not agree to provide information necessary to determine your reported account holder status or information that needs to be reported to the Company or unable to request a waiver from data reporting enforcement, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

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 (ว/ด/ป/ปป)
Date (DD/MM/YYYY)

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Signature of Legal Representative or Legal Guardian
(in case the Applicant or Insured has not yet reached their majority)
...../...../.....
วันที่ (ว/ด/ป/ปป)
Date (DD/MM/YYYY)

เหตุผล 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

Samsung Life Insurance

เลขที่บัญชี บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ทุกครั้งที่ทำรายการต้องส่งสำเนา Slip มาให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องเสมอ

- 1.1  ธนาคาร กสิกรไทย สาขา ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ (กระแสรายวัน)
เลขที่บัญชี 028 – 1 – 08590 – 5
- 1.2  ธนาคาร กรุงไทย สาขา ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ (ออมทรัพย์)
เลขที่บัญชี 041 – 1 – 24470 – 1
- 1.3  ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขา ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ (กระแสรายวัน)
เลขที่บัญชี 043 – 3 – 03600 – 2
- 1.4  ธนาคาร กรุงเทพ สาขา ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ (กระแสรายวัน)
เลขที่บัญชี 153 – 3 – 07854 – 7
- 1.5  ธนาคาร ทีเอ็มบีธนชาต สาขา ชาญอัสสระทาวเวอร์2 (กระแสรายวัน)
เลขที่บัญชี 196 – 1 – 02221 – 5
- 1.6  ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ (กระแสรายวัน)
เลขที่บัญชี 034 – 0 – 04022 – 1
- 1.7  ธนาคาร ออมสิน สาขา อาคารบางกอกทาวเวอร์ (กระแสรายวัน)
เลขที่บัญชี 000 – 0 – 00532 – 978
- 1.8  ธนาคาร เพื่อการเกษตรฯ สาขา สำนักงานใหญ่บางเขน (กระแสรายวัน)
เลขที่บัญชี 000 – 8 – 20259 – 463

หมายเหตุ : การโอนเงิน (Transfer) ผ่าน Mobile Banking สามารถทำรายการได้ทุกธนาคาร ยกเว้น KBANK & SCB ให้ทำรายการชำระสินค้า (Bill Payment) แทน โดยใส่ Ref.1 เป็นเลข ID ของผู้ทำรายการ และ Ref.2 เป็นวันที่ทำรายการ

บมจ. ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย)

2922/222-227 อาคารชาญอัสสระทาวเวอร์ 2 ชั้น 15 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 02-308-2245 Call Center 02-762-7777
www.samsunqlife.co.th e-mail : pos@samsunqlife.co.th

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก และขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีเงินฝาก

วันที่.....

เรียน ผู้จัดการธนาคารสำนักงาน/สาขา (“ธนาคาร”)

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

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

เบอร์โทร.....อีเมล.....

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

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

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

ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) สาขา ธนาคารออมสิน สาขา

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

1. สำหรับชำระเบี้ยประกันภัย กรมธรรม์เลขที่วันที่ต้องการให้หักบัญชี.....

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

การยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันทีนับตั้งแต่วันที่ทำหนังสือฉบับนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าข้าพเจ้าจะยกเลิกเพิกถอนโดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งให้ธนาคารและบริษัท ทราบอย่างน้อยล่วงหน้า 2 เดือน ทั้งนี้ในกรณีที่บัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้มีผลบังคับใช้กับบัญชีเงินฝากที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ด้วยทุกประการ

2. สำหรับขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ กรมธรรม์เลขที่

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

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

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

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

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

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....(เจ้าของบัญชีผู้ให้ความยินยอม)

บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

()

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง ธนาคาร

ลงชื่อ..... (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา)

เอกสารที่ต้องนำส่งพร้อมกับหนังสือฉบับนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเจ้าของบัญชี รับรองสำเนาถูกต้อง

2. สำเนาหน้าสมุดคู่ฝาก รับรองสำเนาถูกต้อง