

## สรุปเอกสารอาคเนย์ประกันชีวิต (สำหรับผู้เยาว์ที่มีอายุตั้งแต่ 30 วัน – 14 ปี)

- ใบคำขอเอาประกันชีวิต-ประเภทสามัญ (สำหรับผู้เยาว์ที่มีอายุตั้งแต่ 30 วัน – 14 ปี)
- ใบเสนอราคา
- แบบแสดงข้อมูลการแสดงตนผู้ขอทำธุรกรรม (KYC)
- เอกสารการให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย
- แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ (CRS)
- หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

### เอกสารผู้เอาประกัน

- สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ชำระเบี้ย (บิดา, มารดา)
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ (กรณีผู้รับผลประโยชน์นามสกุลไม่เหมือนผู้เอาประกัน ใช้สำเนาบัตรประชาชน + สำเนาทะเบียนบ้าน)
- สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร)
- หลักฐานการชำระเบี้ย

### กรณีชำระเบี้ยประกันแบบโอนเข้าบัญชีธนาคาร

- ผู้เยาว์ ให้ผู้ชำระเบี้ย (บิดา, มารดา) ทำรายการเท่านั้น

### กรณีทำประกันแบบชำระรายเดือน ต้องทำหักบัญชีธนาคาร

- หนังสือขอหักบัญชีเงินฝาก 2 ใบ
- สำเนาบัญชีธนาคาร 2 ใบ

**ใบนำส่งผลงานใหม่**  
(New Business submission)

ใบคำขอเลขที่.....	ชื่อ - นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย.....
รหัสตัวแทน.....	ชื่อ - นามสกุลตัวแทน.....
เบอร์โทรศัพท์ตัวแทน.....	
นำส่งผลงานผ่านสาขา/GA.....	เบอร์โทรศัพท์สาขา/GA.....

**รายการเอกสารที่นำส่งมายังฝ่ายรับประกัน**

No	เอกสาร	ส่งโดยตัวแทน	รับโดยฝ่ายรับประกัน
1	ใบคำขอเอาประกันชีวิต <input type="checkbox"/> ต้นฉบับ <input type="checkbox"/> สำเนา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	เงินเบี้ยประกันภัยพร้อมสำเนาใบรับเงินชั่วคราว 2 ฉบับ (สีชมพูและสีเหลือง) และสำเนาใบนำส่ง (Pay in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอเอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีนามสกุลไม่เหมือนกับผู้ขอเอาประกันภัย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	ผลการตรวจสุขภาพตามข้อกำหนดของบริษัท ฯ (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ใบยินยอมให้ตรวจ Anti-HIV ของผู้ขอเอาประกันภัย (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	สำเนาสมุดฝากครรภ์ของมารดา และสมุดสุขภาพผู้เยาว์ทุกหน้า (ผู้เยาว์อายุ 0 - 2 ปี ต้องส่งทุกราย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	ใบเสร็จค่าตรวจสุขภาพ (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	ใบเสนอการขาย (Sale Proposal) ผู้ขอเอาประกันภัยและตัวแทนลงนาม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ (CRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	การให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	อื่น ๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**เอกสารเพิ่มเติมกรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมสูง**

No	เอกสาร	ส่งโดยตัวแทน	รับโดยฝ่ายรับประกัน
14	บันทึกการตรวจสอบประวัติส่วนตัวของผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	แบบสอบถามวงเงินสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	สำเนาบัญชีธนาคารของผู้ขอเอาประกันภัยย้อนหลังอย่างน้อย 6 เดือน (ออมทรัพย์ หรือ กระแสรายวัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	สำเนาหนังสือจดทะเบียนการค้า, หนังสือบริคณห์สนธิ และบัญชีรายชื่อผู้ถือหุ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	สำเนางบทางบัญชี (งบดุล งบกำไร-ขาดทุน)ของธุรกิจย้อนหลัง 3 ปี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**เอกสารเพิ่มเติมกรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิใช่บุคคลสัญชาติไทย**

No	เอกสาร	ส่งโดยตัวแทน	รับโดยฝ่ายรับประกัน
19	สำเนา Passport ที่มีผลบังคับถึงปัจจุบัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	สำเนา VISA ทุกหน้าที่ได้รับอนุญาตให้พำนักอยู่ในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	หลักฐานการทำงานในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน (Work permit) (เจ้าของกิจการสามารถส่งหลักฐานการเป็นเจ้าของกิจการแทนได้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**หมายเหตุ การนำส่งเอกสารประกอบการพิจารณาที่ครบถ้วนมีผลต่อระยะเวลาในการอนุมัติรับประกันที่รวดเร็วขึ้น รวมถึงการกำหนดวันเริ่มต้นความคุ้มครอง**

เจ้าหน้าที่ฝ่ายรับประกัน.....	
วันที่.....	

# ใบคำขอเอาประกันชีวิต-ประเภทสามัญ (สำหรับผู้เยาว์ที่มีอายุตั้งแต่ 30 วัน - 14 ปี)



บริษัท อากแอสประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 Southeast Life Insurance Public Company Limited  
 สำนักงานใหญ่ 315 อาคารไทยทรี ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
 315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangkok, Bangkok 10500  
 T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th **ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656**  
 เนชั่นเนลล์ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....  
 แบบไม่ตรวจสุขภาพ  แบบตรวจสุขภาพ  
 ชื่อตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต.....  
 โบราณคดีเลขที่.....รหัส.....  
 ชื่อหน่วย..... รหัสหน่วย.....  
 สาขา.....  
 ช่องทางการจัดจำหน่าย.....  
 ผู้แนะนำ (ถ้ามี).....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

## ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้เยาว์..... เพศ  ชาย  หญิง  
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี  
 เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (passport)  สำเนาทะเบียนบ้าน  สูติบัตร  อื่นๆ.....  
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันหมดอายุ.....
- ชื่อและนามสกุลของบิดา.....อาชีพ.....  ยังมีชีวิตอยู่  เสียชีวิต  
 ชื่อและนามสกุลของมารดา.....อาชีพ.....  ยังมีชีวิตอยู่  เสียชีวิต

## 3. ที่อยู่ของผู้เยาว์

- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
 เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 อีเมล.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
 เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 อีเมล.....

## 4. รายละเอียดเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องกรอกรายละเอียดแบบประกันภัยและ/หรือสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการ โดยรายละเอียดมีดังนี้

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....	ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี	ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
ชนิด <input type="checkbox"/> มีเงินปันผล <input type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล	จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท	เบี้ยประกันชีวิต.....บาท
<b>สัญญาเพิ่มเติม</b>	<b>จำนวนเงินเอาประกันภัย/ เบี้ยประกันภัย (บาท) ผลประโยชน์(บาท)</b>	<b>สัญญาเพิ่มเติม</b>
1.....	4.....	จำนวนเงินเอาประกันภัย/ เบี้ยประกันภัย (บาท) ผลประโยชน์(บาท)
2.....	5.....	
3.....	6.....	
		<b>เบี้ยประกันภัยรวม ..... บาท</b>

## งวดการชำระเบี้ยประกันภัย

- รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี  ชำระเบี้ยประกันครั้งเดียว
- ก. ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินปันผล/เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย เลือก  
 รับเงินคืนเมื่อถึงกำหนดเป็น  เช็คขีดคร่อม  โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ชื่อบัญชี.....  
 เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....
- นำไปชำระเบี้ยประกันภัย  
 คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม  
 หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น ให้ถือว่าประสงค์โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ

- ข. ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเงินครบกำหนดสัญญา/เงินค่าสินไหมทดแทน (ยกเว้นกรณีสินไหมมรดกกรม) / เงินอื่น  
 บริษัทจะจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยเว้นแต่มีการเลือกโอนเข้าบัญชีธนาคารตามข้อ ก ให้ถือว่าประสงค์โอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ
- ข้อกำหนดและเงื่อนไข**
- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
  - กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัย
- รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

- จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้.....บาท
- ชำระเป็น  เงินสด
  - โอนเข้าบัญชีธนาคารบริษัท ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี ..... ธนาคาร ..... สาขา.....
  - เช็คลงวันที่..... ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่เช็ค.....จำนวน.....บาท
  - บัตรเครดิตออกโดยธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต.....
  - อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงิน เลขที่ .....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราวเอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยเอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

5. ผู้เอาประกันภัยมีชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 25\*

6. ผู้เอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิกถอนเอาประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 25\*

7. ส่วนสูง .....ซม. น้ำหนัก .....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้อยู่เปลี่ยนแปลงหรือไม่  
 ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

8. ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีข้อสงสัยของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ  ใช่  ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด.....

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

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

10. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้อยู่ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไม่

ไม่เป็น  เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวของผู้อยู่เป็นหรือเคยเป็น.....

11. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน /หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

12. ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อและนามสกุล..... อายุ..... ปี ความสัมพันธ์.....  
 อาชีพ..... รายได้ต่อปี..... บาท  
 ชื่อสถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่.....  
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....  
 เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (passport)  อื่นๆ.....  
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว..... วันหมดอายุ.....  
 ที่อยู่ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ติดต่อได้  
 เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้ขอเอาประกันภัย  เหมือนที่อยู่ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย  
 ที่อยู่อื่น โปรดระบุ เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน.....  
 โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ

**ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

13. ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย..... ชื่อและนามสกุลเดิม.....

14. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 25\*

15. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 25\*

16. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ  
 เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... ความถี่..... ครั้งต่อสัปดาห์ เสพมานาน..... ปี  
 เลิกเสพเมื่อ.....

17. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

18. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้งต่อสัปดาห์  
 เลิกดื่มเมื่อ.....

19. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่  สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ..... มวน/วัน สูบมานาน..... ปี  
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ.....

20. ส่วนสูง .....ซม. น้ำหนัก .....กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

21. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น  เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

22. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น)

หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

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

23. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย  เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหีน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิตเวช
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง
<input type="checkbox"/> โรคมัลติเพิล สเคลอโรซิส	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธสมอง	<input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต	<input type="checkbox"/> โรคต่อกระดูก
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/> โรคนิ่ว	<input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้ออักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> โรคไข้รูมาติก	<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		

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

24. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่  ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> จำเลือด	<input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> การพูดผิดปกติ
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ

<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะการมีโปรตีนในปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	
<b>คำถามเฉพาะสตรี</b>			
<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ .....เดือน <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร		<input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด <input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

25. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

**ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือนในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย**

**1. การรับรองสถานะ**

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....	
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

**2. คำรับรอง**

- ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีผลเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

**ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่**

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

**ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม**

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 หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏในลิงก์ [https://www.southeastlife.co.th/Data\\_Privacy\\_Policy.pdf](https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ [https://www.southeastlife.co.th/Data\\_Privacy\\_Policy.pdf](https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf) 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).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



## ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
พยาน

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
ของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**หมายเหตุ:** รายละเอียดการตอบคำถาม (แยกตามแบบประกัน และเงื่อนไขการพิจารณารับประกันของบริษัท)

## แบบแสดงข้อมูลการแสดงตนผู้ขอทำธุรกรรม (Know You Customer)

ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัย / สัญญาเงินกู้เลขที่ .....

ตามที่ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะทำธุรกรรมกับ บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) และโดยที่บริษัทมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรู้จักลูกค้า ข้าพเจ้าจึงให้ข้อมูลและให้สัญญาแก่บริษัท ดังนี้

1.	ชื่อ-นามสกุล .....
2.	วัตถุประสงค์ในการทำธุรกรรม <input type="checkbox"/> ขอทำสัญญาประกันชีวิต <input type="checkbox"/> ขอเรียกร้องสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> ขอกู้เงินตามสัญญาประกันชีวิต <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....
<b>ข้อมูลขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีสิทธิรับค่าสินไหมทดแทน / ผู้ใช้อำนาจปกครอง (กรณีผู้เยาว์)</b>	
3.	อาชีพหลัก <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> นักการเมือง <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> พระภิกษุ/นักบวช <input type="checkbox"/> แม่บ้าน/พ่อบ้าน <input type="checkbox"/> เกษียณอายุ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....
4.	ประเภทธุรกิจ <input type="checkbox"/> อัญมณี เพชร พลอย ทองคำ หรือเครื่องประดับอัญมณี <input type="checkbox"/> สถานบริการ (อาบ อบ นวด ผับ บาร์) <input type="checkbox"/> ค้าของเก่า (วัตถุโบราณ) <input type="checkbox"/> ค้าอาวุธยุทโธปกรณ์ <input type="checkbox"/> รับแลกเปลี่ยนเงินตราทั้งนิติบุคคลและบุคคลธรรมดา <input type="checkbox"/> บริษัทหรือนายหน้าจัดหางาน <input type="checkbox"/> บริการโอนและรับโอนมูลค่าเงิน <input type="checkbox"/> นำเที่ยว บริษัททัวร์ <input type="checkbox"/> คาสีโนหรือบ่อนการพนัน <input type="checkbox"/> รับราชการ/พนักงานเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....
5.	แหล่งที่มาของรายได้ /เงินลงทุนมาจาก <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อิหร่าน <input type="checkbox"/> เกาหลีเหนือ <input type="checkbox"/> อื่น (โปรดระบุ).....
6.	แหล่งที่มาของแหล่งรายได้ /เงินลงทุน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> เงินเดือน/เงินบำนาญ <input type="checkbox"/> เงินออม <input type="checkbox"/> มรดก <input type="checkbox"/> เงินปันผล/ดอกเบี้ย <input type="checkbox"/> การขายอสังหาริมทรัพย์ <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....
7.	รายได้ต่อปี <input type="checkbox"/> <= 1,000,000 <input type="checkbox"/> <= 2,000,000 <input type="checkbox"/> <= 5,000,000 <input type="checkbox"/> <= 10,000,000 <input type="checkbox"/> > 10,000,000
8.	ท่านเป็นหรือมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีตำแหน่งทางการเมืองทั้งในหรือต่างประเทศหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ) ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์ ..... ตำแหน่งทางการเมือง .....
9.	บุคคลที่มีอำนาจควบคุมหรือตัดสินใจในทอดสุดท้ายเกี่ยวกับการทำธุรกรรม (กรณีนิติบุคคล) <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> บุคคลอื่น (โปรดระบุ) ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์ ..... เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง ..... ที่อยู่ .....
<p><b>การให้ถ้อยคำและความยินยอม</b></p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อเท็จจริงที่ได้แถลงไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีประวัติการกระทำความผิดตาม กฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน หรือกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้ายและการแพร่ขยายอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูงแต่อย่างใด อนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ ประมวลผลและ/เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อผู้แทนหรือพนักงานของบริษัทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามกฎหมายที่อ้างถึงข้างต้น หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อประโยชน์แห่งการบริหารความเสี่ยง การปฏิบัติตามกฎหมายที่ใช้บังคับหรือในการทำประกันภัยหรือประกันภัยต่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่โต้แย้งหรือเพิกถอนการให้ข้อมูลหรือถ้อยคำ หรือการให้ความยินยอมข้างต้น</p>	
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของคุณของผู้ขอทำธุรกรรม และ/หรือผู้ใช้อำนาจปกครองที่อำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ (กรณีผู้เยาว์) และขอยืนยันข้อมูลตามเอกสารแสดงตน ทั้งนี้ได้เปรียบเทียบภาพใบหน้าของลูกค้ากับภาพของลูกค้าจากบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางแล้วเป็นลูกค้ารายนั้นจริง</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>( ..... ) ตัวบรรจง</p> <p>เจ้าหน้าที่บริษัท / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต</p> <p>วันที่ .....</p>	<p>ลงชื่อ .....</p> <p>( ..... ) ตัวบรรจง</p> <p>ผู้ใช้อำนาจปกครอง (กรณีผู้เยาว์)</p> <p>วันที่ .....</p>

## การให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

วันที่.....

เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ท่านเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ (“กลุ่มบริษัท”) (เรียกรวมกันว่า “เรา” “ของเรา”) บริษัทจำเป็นต้องใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใด ดังระบุในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเรา เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเสนอหรือจัดให้มีผลิตภัณฑ์ บริการ ดำเนินการส่งเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการขาย และการสื่อสารการตลาดทางตรงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของเรา คำแนะนำและข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการประกันภัย โปรแกรมให้รางวัล การให้สิทธิพิเศษ การประชาสัมพันธ์โครงการ หรือกิจกรรมของเรา เช่น กิจกรรมการกุศล กิจกรรมที่ไม่หวังผลกำไร และการจัดกิจกรรมทางการตลาด การประกวด จับฉลากชิงโชค งานอีเว้นท์ และการแข่งขันต่าง ๆ ที่ท่านอาจสนใจ รวมถึงการนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ตัวแทน หรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ จดหมาย อีเมล Facebook Line Official Account เป็นต้น โดยเราอาจต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้แก่บุคลากร และพันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้ของเราซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมทางการตลาด และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่บริษัท และบุคคลดังกล่าวสามารถดำเนินการจัดกิจกรรมทางการตลาด และมอบสิทธิพิเศษต่าง ๆ แก่ท่านได้

ท่านขอเพิกถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อ โดยการถอนความยินยอมดังกล่าวจะไม่กระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ที่ท่านได้ให้ความยินยอมไปแล้วก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม ท่านอาจพลาดโอกาสในการรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์ที่อาจเหมาะสมกับความต้องการของท่านโดยเฉพาะจากบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ในกรณีที่ท่านไม่ให้ความยินยอมหรือขอถอนความยินยอม

**ส่วน ก. สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์**

ยินยอม  ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ได้ที่ <https://www.tgh.co.th/subsidiary>

**ส่วน ข. สำหรับให้เราเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลใด ๆ ของท่านให้แก่พันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้**

ยินยอม  ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดพันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้ของบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ได้ที่ <https://www.tgh.co.th/partner>

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัทซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิของข้าพเจ้าตามกฎหมายแล้ว ท่านสามารถอ่านประกาศความเป็นส่วนตัวของบริษัทซึ่งเผยแพร่บนเว็บไซต์บริษัท <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> หรือ QR Code นี้



ท่านสามารถร้องขอใช้สิทธิที่มีตามกฎหมายได้ที่ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656 หรือ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO)

อีเมล [DPO@tgh.co.th](mailto:DPO@tgh.co.th) หรือ ติดต่อตามที่อยู่

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุ๊ป ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

การที่ท่านลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ เป็นการที่ท่านรับทราบและให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อให้บริษัทดำเนินการตามที่ระบุในแบบความยินยอมนี้

ชื่อ-นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....อีเมล.....

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะ)

แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ  
Common Reporting Standard (CRS) สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา  
CRS Self-Certification form for individual Customer

\*โปรดกรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ Please specify in English

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Applicant / Insured Name (Title/Name/Surname)	ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ / กรมธรรม์เลขที่ Application No. / Policy NO
--	--

วันเกิด (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.เกิด) Date of birth (DD/MM/YYYY) : .....

ที่อยู่เพื่อใช้ในการติดต่อ (Contact address): .....

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

ส่วนที่ 1 การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา  
Part 1 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 และหรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ

**"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 และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง (หากท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่า 5 ประเทศ กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารเพิ่มเติม)  
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. (If your tax resident is more than five countries, please use a separate sheet.)

หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 2 นี้ If you select "No" end the question in Part 2.

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If the Taxpayer Identification Number (TIN) is unavailable, enter Reason A, B or C	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ If you select Reason B, Please explain why you are unable to obtain the Taxpayer Identification Number (TIN),

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้ If a TIN is unavailable indicate which of the following reason is applicable.

**เหตุผล (เอ)** - ประเทศที่ผู้ถือบัญชีมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น

Reason (A) - The jurisdiction where the account holder is a tax resident does not issue TIN to its resident.

**เหตุผล (บี)** - 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 (ซี)** - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้นไม่ได้บังคับจัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

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 Part 2	การยืนยัน และการเปลี่ยนแปลงสถานะ Confirmation and Change of Status
---------------------	---

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ เป็นจริง ถูกต้อง และครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน  
*I confirm that the above information is true, accurate, complete and current.*
- ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรมธรรม์(หรือเป็นผู้มีอำนาจลงนามในฐานะผู้ถือกรมธรรม์) ในกรมธรรม์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้  
*I am the policyholder (or am authorized to sign for the policyholder) of all the policy(ies) to which this form relates.*
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่กรมสรรพากรเพื่อเป็นการปฏิบัติตาม พระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามประกาศความเป็นส่วนตัวสำหรับลูกค้าที่ปรากฏใน [https://www.southeastlife.co.th/Data\\_Privacy\\_Policy.pdf](https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf)  
*I acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer your 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. For more detail on Personal Data handling, please read our Privacy Notice for customer [https://www.southeastlife.co.th/Data\\_Privacy\\_Policy.pdf](https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf)*
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่นที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน  
*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.*
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบ และนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ปัจจุบัน  
*I agreed to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days, if there are any changes in circumstances that cause the provided information in this form to be incorrect, incomplete and not current.*

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วจึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

*I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein and the Company's Privacy Policy by signing below.*

วันที่ Date.....

.....  
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

*Applicant / Insured*

.....  
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ Giving Consent as

บิดา/มารดา Parent

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Legal Representative/Legal Guardian of the Insured (in case the insured is a minor)

**หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร  
ระหว่าง ผู้เอาประกันภัย กับ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

( ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในที่นี้หมายถึง เงินสินไหมทดแทนทุกประเภท เงินครบกำหนดสัญญา  
เงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์ เงินกู้ตามกรมธรรม์ เงินค่าเวนคืน เงินเบี้ยประกันภัยจ่ายคืน และเงินอื่น ๆ )

กรมธรรม์เลขที่ .....

ข้าพเจ้า .....

ประสงค์สมัครใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

สำหรับกรมธรรม์อื่น โปรดระบุ กรมธรรม์เลขที่ .....

โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล.....

ในฐานะ  ผู้เอาประกันภัย บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....

ผู้ปกครองหรือผู้ชำระเบี้ยประกันที่ระบุในกรมธรรม์ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....

ขอทำหนังสือให้ไว้กับ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เพื่อแสดงความประสงค์เกี่ยวกับกรมธรรม์ดังนี้

1. ข้าพเจ้าขอให้ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกรมธรรม์ตามทีระบุ เข้าบัญชีเงินฝาก  
ธนาคารประเภท  สะสมทรัพย์ / ออมทรัพย์  กระแสรายวัน

ของข้าพเจ้าธนาคาร ..... สาขา .....

บัญชีเลขที่ .....

ชื่อบัญชี .....

โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัท ได้จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบธรรมแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์  
และสิทธิอันพึงได้ของข้าพเจ้า

2. ข้าพเจ้าได้แนบ สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร และ สำเนาบัตรประชาชน ที่รับรองสำเนาโดยข้าพเจ้า และ / หรือ  
เจ้าของบัญชี มาเพื่อเป็นหลักฐาน

3. ในกรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ในข้อที่ 1 ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์  
ดังกล่าวข้างต้นเป็นเช็คธนาคารตามวิธีปกติของบริษัท

4. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่ เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้  
เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็ค ในนามผู้เอาประกันภัย

5. หากมีการเปลี่ยนแปลงเจตนาที่เกี่ยวกับการรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร หรือเกี่ยวกับการใช้บัญชีเงิน  
ฝากธนาคารที่ระบุในวรรคต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัท ล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วัน เพื่อเป็นหลักฐานแห่งข้อตกลง

ลงชื่อ.....

(.....) ตัวบรรจง

ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครองที่ลงนามในกรมธรรม์

(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝาก**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการ บมจ. ธนาคาร.....สาขา.....

ข้าพเจ้า.....เป็นเจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท.....

บัญชีเลขที่(10 หลัก)           ชื่อบัญชี.....

สถานที่ติดต่อเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร  -  -    มือถือ  -

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย และ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆให้แก่บริษัทอาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัท") ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE/TAPE) ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีบริษัท

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยและ/หรือบรรดาภาระผูกพันต่างๆให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ตามจำนวนที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ หรือแผ่นบันทึกข้อมูล(DISKETTE/TAPE)เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระหนี้แก่บริษัทตามใบแจ้งหนี้ หรือแผ่นบันทึกข้อมูล(DISKETTE/TAPE) ที่ธนาคารได้รับจากบริษัท และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / STATEMENT ของธนาคารหรือจากใบรับ / ใบเสร็จรับเงินของบริษัท

ในกรณีที่เอกสารหลักฐานเลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวข้างต้นได้เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะโดยเหตุใดก็ตามให้หนังสือขอให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากเลขหมายที่ได้เปลี่ยนแปลงไปนั้น ไปด้วยทุกประการ และข้าพเจ้าทราบดีว่าการหักบัญชีเงินฝากนี้ ทางธนาคารจะคิดค่าธรรมเนียมตามอัตราที่ธนาคารได้ตกลงกับบริษัทไว้ ซึ่งข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้รับภาระค่าธรรมเนียมที่ทางธนาคารเรียกเก็บจากบริษัท (เฉพาะการชำระเบี้ยรายเดือน)

การให้หักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้างต้นให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบอย่างน้อยล่วงหน้า 1 เดือน

ขอแสดงความนับถือ

สำหรับกรมธรรม์ฉบับที่.....  
ชื่อ- นามสกุล.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ตัวบรรจง

(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

รับรองลายมือชื่อผู้ให้คำยินยอม  
.....

ธนาคาร.....สาขา.....  
.....

(.....) ตัวบรรจง

(.....) ตัวบรรจง