

สรุปเอกสารอาคเนย์ประกันชีวิต

- ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล
- แบบแสดงข้อมูลการแสดงตนผู้ขอทำธุรกรรม (KYC)
- เอกสารการให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย
- แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ (CRS)
- หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

เอกสารผู้เอาประกัน

- สำเนาบัตรประชาชน
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ (กรณีผู้รับผลประโยชน์นามสกุลไม่เหมือนผู้เอาประกัน ใช้สำเนาบัตรประชาชน + สำเนาทะเบียนบ้าน)
- สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร)
- หลักฐานการชำระเบี้ย

กรณีชำระเบี้ยประกันแบบโอนเข้าบัญชีธนาคาร

- ผู้เอาประกันทำรายการเองเท่านั้น

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 ทุกหน้าที่ได้รับอนุญาตให้พำนักอยู่ในประเทศไทย จนถึงปัจจุบัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	หลักฐานการทำงานในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน (Work permit) (เจ้าของกิจการสามารถส่งหลักฐานการเป็นเจ้าของกิจการแทนได้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ การนำส่งเอกสารประกอบการพิจารณาที่ครบถ้วนมีผลต่อระยะเวลาในการอนุมัติรับประกันที่รวดเร็วขึ้น รวมถึงการกำหนดวันเริ่มต้นความคุ้มครอง

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

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

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบย่อ แบบ.....

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตเลขที่.....ตัวแทนชื่อ.....ใบอนุญาตเลขที่.....		
รหัส.....หน่วย.....สาขา.....ผู้แนะนำ (ถ้ามี).....		
● ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก.....กก. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่ออาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์..... อีเมล..... เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (passport) <input type="checkbox"/> อื่นๆ เลขประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... ที่อยู่ที่ทำงาน..... รายได้ต่อปี..... บาท ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์..... ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกัน..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... อาชีพ..... รายได้ต่อปี.....บาท ความสัมพันธ์.....		
● คู่สมรส (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก.....กก. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่ออาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์..... เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (passport) <input type="checkbox"/> อื่นๆ เลขประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... ที่อยู่ที่ทำงาน..... รายได้ต่อปี..... บาท ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....		
● บุตร 1. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....	● บุตร 2. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....	● บุตร 3. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....
● บุตร 4. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน..... ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....	● เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง) <input type="checkbox"/> แบบกระดาษ <input type="checkbox"/> แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ	
● ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ <input type="checkbox"/> แผน ระยะเวลาประกันภัย 1 ปี		
1. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	ผู้เอาประกันภัย	คู่สมรส
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคเมเร็ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคลมบ้าหมู	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
2. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
	โรคระบุ.....
3. ท่านเคยรับการรักษาหรือเคยรับการผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
	โรคระบุชื่อสถานพยาบาล..... ลักษณะความเจ็บป่วย..... ผลการรักษา แพทย์ระบุว่าท่านเป็นโรค.....
4. ท่านมีภาวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
	โรคระบุ.....

	ผู้เอาประกันภัย	คู่สมรส
5. ท่านคิดหาเสพคิด หรือเคยคิดหาเสพคิดให้โทษร้ายแรงหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
6. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
	บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย มากกว่าหนึ่งบริษัท โปรดระบุ
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือถูกบอกเลิกสัญญาในการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
	โปรดระบุบริษัท สาเหตุที่ถูกบอกเลิก

• ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

• ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- 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
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงิน ตาม กรม ธรรม ์ ประ กั้น ภัย ตาม นโยบาย คຸ້ ม คร อ ง ข ອ ຸ ມ ລ ຯ ນ ບ ຸ ຂ ລ ຂ ອ ບ ຣ ຶ ມ ທ ທ ີ ປ ຣ າ ກ ກ ູ ນ ລ ຶ ງ ກ ີ ດ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่น นั้นแล้ว ตามที่ปรากฏในลิงก์ https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
 (.....) (.....) (.....)
 ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ลายมือชื่อคู่สมรส(กรณีขอเอาประกันภัย)
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

● คำเตือน

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
2. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐาน พร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับผู้ขอประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
3. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอประกันภัยและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย
4. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

(ลงชื่อ).....
(.....)
ลายมือชื่อคู่สมรส(กรณีขอเอาประกันภัย)

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทน โดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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
ข้อมูลขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีสิทธิรับค่าสินไหมทดแทน / ผู้ใช้อำนาจปกครอง (กรณีผู้เยาว์)	
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/ดอกเบีย <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>การให้ถ้อยคำและความยินยอม</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 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
---------------------	---

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ เป็นจริง ถูกต้อง และครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
I confirm that the above information is true, accurate, complete and current.
2. 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.
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่กรมสรรพากรเพื่อเป็นการปฏิบัติตาม พระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามประกาศความเป็นส่วนตัวสำหรับลูกค้าที่ปรากฏใน 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
4. 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.
5. 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.....