



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

ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญ

ช่องทางการขาย ☒ ตัวแทน/นายหน้า ☐ อิเล็กทรอนิกส์

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

คำแนะนำ ข้อ 1-7 สำหรับแบบประกันที่ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ
ข้อ 1- 28 สำหรับแบบประกันทั่วไป

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

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล นางสาว สุขภาพ จิตใจดี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง
ชื่อ-นามสกุลเดิม _____ สัญชาติ ไทย สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
เกิดวันที่ 2 เดือน พ.ค พ.ศ. 2531 อายุ 35 ปี เลขประจำตัวประชาชน 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 - 0
เอกสารที่ใช้แสดง ☒ บัตรประจำตัวประชาชน วันที่หมดอายุ 2 พ.ค 2570 ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____
☐ หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ เลขที่ _____ วันที่หมดอายุ _____
ชื่อ-นามสกุล ภรรยา/สามี _____

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 0/00 หมู่บ้าน/อาคาร อยู่เย็น หมู่ที่ 0 ตรอก/ซอย อยู่เย็น ถนน เป็นสุข
แขวง/ตำบล เป็นสุข เขต/อำเภอ เป็นสุข จังหวัด เป็นสุข รหัสไปรษณีย์ 00001

ข. ที่อยู่ปัจจุบัน ☒ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ไม่เหมือน
เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ค. สถานที่ทำงาน ☒ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ไม่เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
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 02-000-0000
โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ 090-000-0000 โทรศัพท์มือถือ ☐ ไม่มี ☒ มี ระบุ 090-000-0000

จ. เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้บริษัทจัดส่งเอกสารต่อไปนี้ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

ประเภทเอกสาร	กระดาษ	อิเล็กทรอนิกส์
กรมธรรม์ประกันภัย	☒	☐
ใบเสร็จรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย	☒	☐

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

3. อาชีพประจำ เจ้าของกิจการร้านอาหาร ตำแหน่ง เจ้าของกิจการ ลักษณะงานที่ทำ บริหารภายในร้านและตรวจบัญชี
ลักษณะธุรกิจ ร้านอาหาร รายได้ต่อปี (บาท) 1,000,000
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี (บาท) _____

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุค่าน้ำหนัก ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
<u>ชื่อสถาบันการเงิน.....</u>			<u>เจ้าหนี้</u>		
<u>กองมรดก หรือ ใส่ชื่อบุคคล</u>					<u>100%</u>

8. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☒ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
—					

**กรณีที่มิมีกรรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 29

9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
—		

**กรณีที่มิมีกรรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 29

10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย

11. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☒ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ
ถ้าเสพ/เคยเสพ ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี ☐ เลิกเสพเมื่อ _____

12. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☒ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ แก้ว/กระป๋อง/ขวดต่อครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ _____

13. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☒ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ
ถ้าสูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ _____ มวนต่อวัน สูบมานาน _____ ปี ☐ เลิกสูบ เมื่อ _____

14. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☒ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
ถ้าเปลี่ยนโปรดระบุ ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก. ☐ ลดลง _____ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____ ส่วนสูง **165** ซม.
น้ำหนัก **55** กก.

15. ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☒ ไม่ใช้ ☐ ใช้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง ข้ามไปตอบส่วนที่ 3)

16. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณี ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์ _____

อาชีพประจำ _____ รายได้ต่อปี (บาท) _____

เอกสารที่ใช้แสดง

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวประชาชน - - - - วันที่หมดอายุ _____

☐ หนังสือเดินทาง (Passport) กรณีชาวต่างชาติ เลขที่ _____ วันที่หมดอายุ _____

สถานที่ติดต่อ

☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย

☐ ที่อยู่อื่น โปรดระบุ

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

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

โทรศัพท์ติดต่อ คือ _____ อีเมล _____

คำถามข้อ 17 - 27 สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีขอซื้อ “สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB)”

*ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอ

17. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ สัญชาติ _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

18. ตำแหน่งของอาชีพประจำ _____ ลักษณะงานที่ทำ _____ ลักษณะธุรกิจ _____

19. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพ้ออัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการชดเชยคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

**กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 29

20. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

21. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ
ถ้าเสพ/เคยเสพ ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี ☐ เลิกเสพเมื่อ _____

22. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ แก้ว/กระป๋อง/ขวดต่อครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ _____

23. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ
ถ้าสูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ _____ มวนต่อวัน สูบมานาน _____ ปี ☐ เลิกสูบ เมื่อ _____

24. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน ส่วนสูง _____ ซม.
ถ้าเปลี่ยนโปรดระบุ ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก. ☐ ลดลง _____ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____ น้ำหนัก _____ กก.

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย)

25. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย ทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
สายตาสั้น	☒	☐	☐	☐	โรคหอบหืด	☒	☐	☐	☐
โรคจอประสาทตา	☒	☐	☐	☐	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐
โรคต่อหีน	☒	☐	☐	☐	โรคถุงลมโป่งพอง	☒	☐	☐	☐
โรคหลอดเลือดในสมอง	☒	☐	☐	☐	โรคหูดหยาใจขณะหลับ	☒	☐	☐	☐
โรคอัมพาต/โรคอัมพฤกษ์	☒	☐	☐	☐	โรคความดันโลหิตสูง	☒	☐	☐	☐
โรคพาร์กินสัน	☒	☐	☐	☐	โรคหัวใจ	☒	☐	☐	☐
โรคความจำเสื่อม	☒	☐	☐	☐	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☒	☐	☐	☐
โรคชัก	☒	☐	☐	☐	โรคหลอดเลือด	☒	☐	☐	☐
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☒	☐	☐	☐	โรคแผลในทางเดินอาหาร	☒	☐	☐	☐
โรควัณโรค	☒	☐	☐	☐	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☒	☐	☐	☐
โรคจิตเวช	☒	☐	☐	☐	โรคพิษสุราเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐
โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☒	☐	☐	☐	ติชาน	☒	☐	☐	☐
โรคการโรค (ภายใน 2 ปี)	☒	☐	☐	☐	ม้ามโต	☒	☐	☐	☐
โรคระบบประสาท	☒	☐	☐	☐	โรคตับอ่อนอักเสบ	☒	☐	☐	☐
โรคซึมเศร้า	☒	☐	☐	☐	โรคไต	☒	☐	☐	☐
โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง	☒	☐	☐	☐	โรคข้ออักเสบ	☒	☐	☐	☐
โรคของต่อมหมวกไต	☒	☐	☐	☐	โรคเก๊าท์	☒	☐	☐	☐
โรคต่อกระจาก	☒	☐	☐	☐	โรคหนังแข็ง	☒	☐	☐	☐
โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐	โรคเอสแอลอี	☒	☐	☐	☐
โรคนิ่ว	☒	☐	☐	☐	โรคเลือด	☒	☐	☐	☐
โรคถุงน้ำในไต	☒	☐	☐	☐	โรคเบาหวาน	☒	☐	☐	☐
โรคไขมันในเลือดสูง	☒	☐	☐	☐	โรคไทรอยด์	☒	☐	☐	☐
โรคมีลติเพิลสเคลอโรซิส	☒	☐	☐	☐	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	☒	☐	☐	☐
โรคโลหิตจาง	☒	☐	☐	☐	เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	☒	☐	☐	☐
โรคไข้วมาติก	☒	☐	☐	☐	โรคมะเร็ง	☒	☐	☐	☐
โรคของต่อมไธสมอง	☒	☐	☐	☐	พิการทางร่างกาย	☒	☐	☐	☐
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19)	☒	☐	☐	☐	ความชินโดรม	☒	☐	☐	☐
สำหรับ _____ โรค _____	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)				ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน		สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)		
ผู้ขอเอาประกันภัย	—								
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	—								

26. ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ☒ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		อาการ	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
การมองเห็นผิดปกติ	☒	☐	☐	☐	น้ำหนัลด	☒	☐	☐	☐
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	☒	☐	☐	☐	อาการอ่อนเพลีย	☒	☐	☐	☐
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	☒	☐	☐	☐	ท้องเดินเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐
ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	☒	☐	☐	☐	ท้องเสียเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐
มีพัฒนาการช้า	☒	☐	☐	☐	ไข้เรื้อรัง	☒	☐	☐	☐
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐	คลำพบก้อนเนื้อ	☒	☐	☐	☐
โรคผิวหนังเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐	ท้องมาน	☒	☐	☐	☐
ไข้อี้อเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐	มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	☒	☐	☐	☐
ไข้อเป็นเลือด	☒	☐	☐	☐	ตัวเหลือง ตาเหลือง	☒	☐	☐	☐
เหนื่อยง่ายผิดปกติ	☒	☐	☐	☐	การได้ยินผิดปกติ	☒	☐	☐	☐
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	☒	☐	☐	☐	การพูดผิดปกติ	☒	☐	☐	☐
ใจสั่น	☒	☐	☐	☐	ท้องผูกเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐
จำเเลียด	☒	☐	☐	☐	ภาวะไขมันพอกตับ	☒	☐	☐	☐
เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	☒	☐	☐	☐	ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	☒	☐	☐	☐
ปวดข้อเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐	เฉพาะสตรี				
ปวดท้องเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐	กำลังตั้งครรภ์.....เดือน	☒	☐	☐	☐
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	☒	☐	☐	☐	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	☒	☐	☐	☐
มีเลือดปนในปัสสาวะ	☒	☐	☐	☐	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	☒	☐	☐	☐
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ	☒	☐	☐	☐	ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	☒	☐	☐	☐
ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ	☒	☐	☐	☐	ประจำเดือนมามากผิดปกติ	☒	☐	☐	☐

สำหรับ	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
ผู้ขอเอาประกันภัย			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

27. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

27. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น ๆ) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่	☒	☐	☐	☐

สำหรับ	โรคและ/หรือรายการตรวจ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจรักษา	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
ผู้ขอเอาประกันภัย	—			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	—			

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือ โรคมะเร็ง สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย

28. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
☒ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคย/มี ทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	☐ กรดไหลย้อน	☐ เยื่อปอดอักเสบเฉียบพลัน	☐ ออติสติก
☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	☐ สะเก็ดเงิน	☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม	☐ สมาธิสั้น
☐ ไช้สออักเสบ	☐ ภูมิแพ้	☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	☐ โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง
☐ ปวดศีรษะไมเกรน	☐ ไข้เลือดออก	☐ ข้อเสื่อม	☐ โรคประสาทหูเสื่อม
☐ ภูมิแพ้	☐ ริดสีดวงทวาร	☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	☐ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ
☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ ฝีฝีคัณฑสูตร	☐ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	
☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง			

อาการ และ/หรือ โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

29. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย และ ผู้ชำระเบี้ยประกัน (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 5 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ 0 0000 00000 00 0

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หรือ ☐)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

☒ ไม่เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ ☐ เป็น กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ _____ วันหมดอายุ _____

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี ☐ มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☒ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

2) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3) และ 4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 7 ข้อความยินยอมถ้อยแถลง หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าคุณสมบัติของบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/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 โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตาม นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) สุภาพ จิตใจดี
(นางสาวสุภาพ จิตใจดี)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

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

(ลงชื่อ)
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ)
(.....)

(ลงชื่อ)
(.....)
พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

ส่วนที่ 8 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียงและ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยานต้องมีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกัน
5. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย
6. เพื่อป้องกันการไม่นำส่งเงินค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัท การชำระเบี้ยประกันภัยต้องชำระโดยตรงเข้าบัญชีธนาคารของบริษัทเท่านั้น พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ชำระเงินในเอกสารการชำระเงินให้ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการคืนเงินให้แก่ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ 2 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) **สหภาพ จิตใจดี**

(**นางสาวสหภาพ จิตใจดี**)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

** กรณีมีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่