



*ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอเด็ก Barcode
*สำหรับ เด็กอายุ 0 - 9 ปี ผู้ปกครองลงนามในช่อง "ผู้เอาประกัน"
*สำหรับ เด็กอายุ 10 - 20 ปี ลงนามด้วยตนเอง
และผู้ปกครองต้องลงนามร่วมด้วย ทุกเอกสาร

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) 2922/222-227 ชั้น 15
อาคารชาวยุโรปทาวเวอร์ 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 เด็กหญิง ยิ้มแย้ม ราวี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง
ชื่อ-นามสกุลเดิม _____ สัญชาติ ไทย สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ 7 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 _____
โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ _____ โทรศัพท์มือถือ ☐ ไม่มี ☒ มี ระบุ 090-000-0000
- จ. เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้บริษัทจัดส่งเอกสารต่อไปนี้ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

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

- กรณี อิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมลที่ไว้กับบริษัท
- ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น
- หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งเอกสารข้างต้นในรูปแบบกระดาษ โดยจัดส่งให้ทางไปรษณีย์

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

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุค่าน้ำหนัก ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
นายอบอุน ราวี	40	บิดา			100%

5. แบบประกันภัยและความคุ้มครอง

แบบประกันภัย **ตลอดชีพ 90/20**

ระยะเวลาเอาประกันภัย **90** ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย **20** ปี

เบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ (ถ้ามี) เนื่องจาก

ความคุ้มครอง/สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	ถ้ามีเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็น เงินคืนกรมธรรม์ประกันภัย/เงินครบกำหนดสัญญา/ เงินค่าสินไหมทดแทน(ยกเว้นกรณีสินไหมมรณกรรม)/เงินอื่น
สัญญาหลัก ตลอดชีพ 90/20	150,000		
สัญญาเพิ่มเติม WP			
H&S U			
เบี้ยประกันภัยรวม		30,640	

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย

☒ ราย 12 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 1 เดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

แบบประกันภัยชนิด ☒ ไม่มีเงินปันผล ☐ มีเงินปันผล

6. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ตนเอง ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย (ตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในข้อ 16)

7. จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ **30,640** บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่

ชำระโดย

☒ เงินสด

☐ ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร/เคาน์เตอร์เซอร์วิส/เอ ที เอ็ม

☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัท เลขที่.....

ธนาคาร..... สาขา.....

☐ เช็คธนาคาร.....

เลขที่..... ลงวันที่.....

☐ บัตรเครดิต ชนิด..... ออกโดย.....

เลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

ชื่อเจ้าของบัตร.....

ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ.....

ข้าพเจ้า(เจ้าของบัตร) ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้า (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย).....

จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรให้บริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน หรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

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 เติบโตตามวัย ส่วนสูง 120 ซม.
น้ำหนัก 30 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	☒	☐	☐	☐
โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	☒	☐	☐	☐	โรคความดันโลหิตสูง	☒	☐	☐	☐
โรคพาร์กินสัน	☒	☐	☐	☐	โรคหัวใจ	☒	☐	☐	☐
โรคความจำเสื่อม	☒	☐	☐	☐	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☒	☐	☐	☐
โรคชัก	☒	☐	☐	☐	โรคหลอดเลือด	☒	☐	☐	☐
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☒	☐	☐	☐	โรคแผลในทางเดินอาหาร	☒	☐	☐	☐
โรควัณโรค	☒	☐	☐	☐	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☒	☐	☐	☐
โรคจิตเวช	☒	☐	☐	☐	โรคพิษสุราเรื้อรัง	☒	☐	☐	☐
โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☒	☐	☐	☐	ติชาน	☒	☐	☐	☐
โรคกามโรค (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	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 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	☐ เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	☐ ออติสติก
☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	☐ สะเก็ดเงิน	☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม	☐ สมาธิสั้น
☐ ไช้น้ำอักเสบ	☐ ภูน้ำดีอักเสบ	☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	☐ โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง
☐ ปวดศีรษะไมเกรน	☐ ไส้เลื่อน	☐ ข้อเสื่อม	☐ โรคประสาทหูเสื่อม
☐ ภูมิแพ้	☐ ริดสีดวงทวาร	☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	☐ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูกข้อ และกล้ามเนื้อ
☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ ฝีคัณฑสูตร	☐ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	
☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง			

อาการ และ/หรือ โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	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 ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

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) **อบอ่น**
 (.....) **นายอบอ่น ราเร้ง**
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลงชื่อ)
 (.....)

พยาน

(ลงชื่อ)
 (.....)

พยาน

(ลงชื่อ) **อบอ่น**
 (.....) **เด็กหญิง ยิมแย้ม ราเร้ง**
 ผู้ขอเอาประกันภัย
 (ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) **อบอ่น**
 (.....) **นายอบอ่น ราเร้ง**
 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 บ้านผู้เอาประกัน

วันที่ 2 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

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

(ลงชื่อ) อบอน
(เด็กหญิงยมแย้ม ราเริง)
ผู้ขอเอาประกันภัย
(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ)
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ) อบอน
(นายอบอน ราเริง)
ผู้ให้ความยินยอมและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

** กรณีมีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่