

คํมครองสินเชือ (IMRTA)

1. ใบคำขอ

- ❖ ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคํมครองสินเชือ (ทุนประกันไม่เกิน 4 ล้านบาท)
- ❖ ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคํมครองสินเชือ (ทุนประกันเกิน 4 ล้านบาท)

2. เอกสารการรับรองตนเองสำหรับลูกค้ำประเภทบุคคลธรรมดา

3. หนังสือให้ความยินยอมประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

5. ใบเสนอขาย

6. สำเนาบัตรประชาชน

7. เอกสารการเป็นหนี้ (เจ้าหนี้เป็นนิติบุคคลที่มีสถานะเป็นสถาบันทางการเงิน เช่น สัญญาซือขาย, สัญญากู้เงิน และสัญญาเช่าซือ)

8. หลักฐานการชำระเบีย้ ชำระด้วยเงินสดครั้งเดียว (ก่อนชำระเบีย้ต้องขอเลขที่ใบคำขอก่อนทุกครั้ง)

- หมายเหตุ:**
1. ผู้เอาประกันต้องเป็นผู้ชำระเบีย้เองเท่านั้น (กรณีเป็นผู้อื่น ต้องมีเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ถึงกันได้)
 2. กรณีผู้รับผลประโยชน์นามสกุลไม่เหมือนผู้เอาประกัน ต้องแนบเอกสารแสดงความสัมพันธ์เพิ่มเติม

ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองเงินเชื่อ

ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ แบบ..... (แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

Ref. 1.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง สัญชาติ.....
 สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย ชื่อ ภรรยา/สามี.....
 เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่นๆ.....
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
 ชื่อสถาบันการเงิน.....เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ.....
 จำนวนเงินกู้.....บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม.....
 วันที่ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง*.....
 กู้เพื่อซื้อ.....ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ.....
 *วันเริ่มมีผลคุ้มครอง ให้ผู้ขอเอาประกันระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงินหรือวันที่ได้รับเงินกู้
2. ท่านมีการทำสัญญาประกันชีวิต หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันชีวิต เพื่อคุ้มครองสินเชื่อตามข้อ 1. กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย(บาท)	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่

คำเตือน คำถามนี้บริษัทถือเป็นสาระสำคัญในการพิจารณารับประกันสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดหรือแถลงเท็จบริษัทอาจใช้สิทธิบอกล้างสัญญาและปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต

3. ที่อยู่และที่ทำงาน
- ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
- ข. สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....
- ค. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
- ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
4. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท
 ลักษณะธุรกิจ.....
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท
 ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
- ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
5. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
- ชื่อแบบประกันภัย.....ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
 จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น*.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัท เลขที่.....
 ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....
 อื่นๆ.....ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

*จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น คือ จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ขณะเริ่มทำประกันชีวิต ซึ่งระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ และจำนวนเงินเอาประกันภัยนี้จะลดลงเป็นรายเดือนซึ่งจะระบุตามที่แนบท้ายกรมธรรม์

6. ผลประโยชน์

กรณีเสียชีวิต

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระ อยู่กับ ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุ ส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์คงเหลือ

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย.....
9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี เลิกเสพ เมื่อ.....
10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่ม เมื่อ.....
11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือสูยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี เลิกสูบ เมื่อ.....
12. ส่วนสูงซ.ม. น้ำหนักก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย

13. อีคามโรคที่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคสมอง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายมนฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

14. มารรโรคเอดส์ ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

ไม่เป็น เป็น หากเป็นกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง เป็นโรคเอดส์ (HIV) เป็นไวรัสตับอักเสบบี

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....

16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่ ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ/รักษา	วันเดือนปีที่รักษา

17. สำหรับผู้เอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

~~ใบสมัครขอรับการประเมินภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา (Foreign Account Tax Compliance Act) ของประเทศไทย (กฎหมาย FATCA)~~

~~ผู้ตอบแบบสอบถาม~~

~~ผู้ตอบแบบสอบถามมีสัญชาติของประเทศใดที่แสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเทศหรือภูมิภาคต่อไปนี้~~

~~ไทย จีน ญี่ปุ่น~~

~~สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ประเทศอื่น~~

~~ผู้ตอบแบบสอบถามมีหรือเคยมีสัญชาติของประเทศใดที่แสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเทศหรือภูมิภาคต่อไปนี้ (Green Card) หรือไม่~~

~~ใช่ ไม่ใช่~~

~~ผู้ตอบแบบสอบถามมีหรือเคยมีสัญชาติของประเทศใดที่แสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเทศหรือภูมิภาคต่อไปนี้~~

~~ไทย จีน~~

~~ผู้ตอบแบบสอบถามมีหรือเคยมีสัญชาติของประเทศใดที่แสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเทศหรือภูมิภาคต่อไปนี้ (แต่ไม่ได้มีสัญชาติของประเทศหรือภูมิภาคต่อไปนี้)~~

~~ฉันเป็นพลเมืองของประเทศใด~~

~~ไทย จีน~~

~~2. ลิงก์ข้อมูลเอกสาร~~

~~ผู้ตอบแบบสอบถามมีหรือไม่มี (หรือมี/ไม่มี) ลิงก์ข้อมูลเอกสารที่แสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเทศหรือภูมิภาคต่อไปนี้ (แต่ไม่ได้มีสัญชาติของประเทศหรือภูมิภาคต่อไปนี้) หรือไม่~~

~~ปฏิญญาของกฎหมาย FATCA~~

~~ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน~~

~~ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน และฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน~~

~~ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน และฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน~~

~~ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน และฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน~~

~~ประเทศหรือภูมิภาคใดในประเทศไทย 30 วันนับตั้งแต่วันที่ฉันยื่นใบสมัคร~~

~~ฉันจะลงนามในใบสมัคร~~

~~ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน และฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน~~

~~คำกล่าวหาว่าผิดกฎหมาย FATCA~~

~~ฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน และฉันขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและเป็นปัจจุบัน~~

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ไม่มีความประสงค์ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท

ประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ

(Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

.....

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากผู้เอาประกันภัยยังไม่ปฏิบัติตามสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์นี้ได้ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับการคุ้มครองจากบริษัทและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท
2. หากกรมธรรม์ยังมีผลบังคับอยู่ผู้เอาประกันภัยสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ได้ โดยได้รับความยินยอมจากสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หลักที่ให้สินเชื่อหรือเมื่อผู้เอาประกันภัยได้ชำระหนี้สินที่มีอยู่กับสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หลักหมดแล้ว
3. วันเริ่มมีผลคุ้มครอง ซึ่งเป็นวันเดียวกับวันที่ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครองซึ่งระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย หรือวันที่ระบุไว้ในกรณีที่มี การขอแก้ไขวันเริ่มมีผลคุ้มครอง หรือวันที่บริษัทหรือตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทได้รับข้อเสนอการรับประกันภัยใหม่ (counter offer) แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
4. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)
(.....)
พนักงานบริษัทประกันชีวิต

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

แบบฟอร์มประกอบใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองสินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ
สำหรับกรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่เกิน 4 ล้านบาท

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....

แทนข้อมูลในส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย ของใบคำขอเอาประกันชีวิต

บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อสเตรล โรซิท โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

แทนข้อมูลในส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย ของใบคำขอเอาประกันชีวิต

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

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

แทนข้อมูลส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม ของใบคำขอเอาประกันชีวิต

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อ ในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม 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 จะมีผลกระทบต่อการศึกษาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [<https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer>] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [<https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer>] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

เอกสารรับรองตนเองสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
CRS Self-Certification FORM for Individual Customer

ข้อมูลสำคัญ : เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อปฏิบัติตามกฎกระทรวงออกตามความพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ซึ่งกำหนดให้บริษัท ทีไลฟ์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ต้องจัดให้ได้มาซึ่งเอกสารรับรองตนเอง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาถิ่นที่อยู่ทางภาษีของผู้ถือบัญชี (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

Important Information: This document is made for complying with the Ministerial regulation issued under the Emergency Decree on Exchange of Information for Compliance with International Agreement on Taxation B.E. 2566, which requires T Life Assurance Public Company Limited (the "Company") to obtain the Self-Certification to determine the Account Holder's residence for tax purposes. (Please specify in English)

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

ส่วนที่ 1
Part 1

การรับรองสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี
Tax Residence Information

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่
Do you have tax residence* in countries other than Thailand or the U.S.? *
[] ใช่/Yes [] ไม่ใช่/No

*"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ
* "Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/ or other jurisdictions by reason of domicile, residence, number of days you stay in that jurisdiction in each year or any other criterion.

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง

Please 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.

หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" โปรดข้ามไปส่วนที่ 2

If your answer is "No", please skip to Part 2.

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ TIN	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If TIN is not available, please indicate Reason A, B or C.	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain TIN.

เหตุผล (เอ) : ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยอยู่ในประเทศนั้น

Reason (A) : The jurisdiction where you are a tax resident does not issue TIN to its residents.

เหตุผล (บี) : ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

Reason (B) : You have not obtained TIN issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain TIN.)

เหตุผล (ซี) : ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

(หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

Reason (C) : TIN is not required to provide or disclose (Remark: Select this reason only if the domestic law of that jurisdiction does not require the collection of TIN.)

หมายเหตุ: หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่าสี่ประเทศ โปรดระบุในเอกสารแยกต่างหาก

Remark: If you are a tax resident in more than four countries, please use a separate sheet.

ส่วนที่ 2 Part 2	การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ Confirmation and Change of Status
-----------------------------------	--

1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลที่ท่านให้ในเอกสารฉบับนี้เป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
You confirm that the information provided by you in this document is true, accurate, complete and current.
2. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลที่ให้ในเอกสารฉบับนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน
You agree to notify and provide supporting documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this document to be incorrect, incomplete or not current.
3. ท่านรับทราบและตกลงว่า ในกรณีที่ข้อมูลที่ให้ในเอกสารฉบับนี้เป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 2 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร
You acknowledge and agree that in case of the information provided in this document is false, inaccurate or incomplete, or failure to comply with item 2 above, or delivery of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สมารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร

If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and acknowledge the Company's Privacy Policy.

 นโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท The Company's Privacy Policy	<p style="text-align: center;">ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้เอาประกันภัย Signature of Insurance Applicant/Insured</p> <p style="text-align: right;">วันที่ Date</p>
<p style="text-align: center;">ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Giving Consent as Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant/Insured (In case the Insurance applicant/Insured is a minor)</p> <p style="text-align: right;">วันที่ Date</p>	

หนังสือให้ความยินยอมประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่เสมอ บริษัททำการวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ เพื่อนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยเฉพาะ โดยบริษัทได้ระบุนโยบายละเอียดและขอบเขตการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (<https://www.tlife.co.th>)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว
ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ให้แก่ พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท ตามรายชื่อที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (<https://www.tlife.co.th>) เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

- เพื่อวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ
- เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์/บริการ การเสนอข้อมูลทางการตลาด การติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ รายการส่งเสริมการขาย การโฆษณา และกิจกรรมการตลาด

ตามรายละเอียดที่ได้ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และให้ผู้รับข้อมูลดังกล่าวสามารถเก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นได้

ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนความยินยอมนี้เมื่อใดก็ได้ โดยสามารถดูรายละเอียดช่องทางการถอนความยินยอมได้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ทั้งนี้ การถอนความยินยอมดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเนื้อหาของหนังสือยินยอมนี้อย่างละเอียดแล้ว และยืนยันว่า ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
วันที่ _____
()

หมายเหตุ : เพื่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ทั้ง 2 ช่อง