



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ ชื่อตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต/ธนาคาร

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ใบอนุญาตเลขที่

การสมัครทำประกันชีวิตแบบ รหัสตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

แบบไม่ตรวจสุขภาพ สาขา

แบบตรวจสุขภาพ ช่องทางการจัดจำหน่าย ตัวแทนประกันชีวิต

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม
- เพศ ชาย หญิง สัญชาติ (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ
- อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
- สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
- กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ นามสกุล
- เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ
- เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ
- ที่อยู่และที่ทำงาน
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
- ที่อยู่สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
- ชื่อสถานที่ทำงาน อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
- ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์ อีเมล.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน
- (เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
- แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท
- ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย
- (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
- แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท
- หมายเหตุ :** หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง
- นอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ)
- อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
- ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
- อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
- ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
- ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

7. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)

บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินสดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผลบังคับหรือไม่

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 17

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 17

9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย
 ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
 เล็กดื่ม เมื่อ

10. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย
 สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี เล็กสูบบุหรี่ เมื่อ

11. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

- ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

12. คำถามเฉพาะผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 2 ปี เป็นผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้เยาว์คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดก่อนมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ อายุครรภ์..... สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด กรัม ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอด.....วัน
- ผู้เยาว์ได้รับการรักษาความผิดปกติแต่กำเนิดหรือภาวะสุขภาพแรกเกิดผิดปกติหลังคลอด หรือมีการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการช้า หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ถ้าใช่ ระบุรายละเอียด.....
- ผู้เยาว์เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD หรือไม่ ไม่เป็น เป็น

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

13. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจ อัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

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

14. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
 ไม่เคย เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา <input type="checkbox"/> โรคต้อหิน <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน <input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม <input type="checkbox"/> โรคชัก <input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> โรควัณโรค <input type="checkbox"/> โรคไขข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธมัส <input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง <input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธมัส <input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน <input type="checkbox"/> ม้ามโต <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ <input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ <input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต <input type="checkbox"/> โรคนิ่ว <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิต (ภายใน 2 ปี) <input type="checkbox"/> พิกัดทางร่างกาย <input type="checkbox"/> โรคจิตเวช <input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง <input type="checkbox"/> โรคต่อมไธมัส <input type="checkbox"/> โรคต่อมหมวกไต <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

15. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
 หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

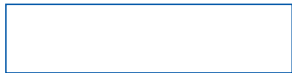
<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทสัมผัสความรู้สึก <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ท้องมาน <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> จำเลือด <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ใช้เรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มือวิงเวียนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ <input type="checkbox"/> การพูดผิดปกติ <input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจโต <input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือ มีน้ำตาลในปัสสาวะ
คำถามเฉพาะสตรี			
<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์เดือน <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ		
อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ		อาการปัจจุบัน

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสุขภาพเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
 หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไม่เกรน <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ <input type="checkbox"/> ไข่เลื่อน <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร <input type="checkbox"/> มีคีณทสูตร <input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือ ถูกบีบกดทับ <input type="checkbox"/> ออทิสติก <input type="checkbox"/> สมาริสัน <input type="checkbox"/> โรคประสาทหูเสื่อม	<input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับ ต่อมลูกหมาก
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสงสัยโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

17. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม.....



ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศสหรัฐอเมริกา (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. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้า เข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://bit.ly/BLAPrivacyPolicy> รวมทั้งรับทราบว่ามีบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [<https://bit.ly/BLAPrivacyPolicy>] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์หรือขายผ่านช่องทางโทรศัพท์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 20 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)