CHUBB Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

ใบนำส่งเอกสาร

☑ นำส่งครั้งแรก ☐ นำส่งเพิ่มเติม

ตัวแทนผู้นำส่ง รหัสตัวแทน xxxxxxxxxx
ชื่อ-สกุล นางสาวอิ่มเอม เสมอมา
หน่วย xxxxxxxx สาขา
ตัวแทนผู้รับฝากงานชื่อ รหัส

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล นายเอ รักประกัน
กรมธรรม์เลขที่

กรุณาใช้ใบนำส่ง 1 ใบต่อการส่งเอกสารเพื่อดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียง 1 เรื่องต่อ 1 กรมธรรม์เท่านั้น

รายการเอกสารที่นำส่ง

เอกสารที่นำส่งมีดังนี้

☑ 1. เงินนำส่ง จำนวน 94,900 บาท โดย
- ○ เช็คธนาคาร เลขที่
- ☑ บัญชีธนาคาร กรุงเทพ เลขที่ 1473125357
- ○ บัตรเครดิต
- ○ เงินสด
- ○ อื่นๆ

☑ 2. สำเนาใบรับเงินชั่วคราวเลขที่ xxxx-xxxx (3 ฉบับ)
☑ 3. ใบคำขอเอาประกันภัย
- ☑ ใบคำขอเอาประกันชีวิต
- ○ อุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
- ○ อื่นๆ

☑ 4. สำเนาบัตรประชาชนเลขที่ xxxxxxxxxxxxx
☐ 5. สำเนาทะเบียนบ้าน สูติบัตร (กรณีใบคำขอฯ เยาวชน)
☑ 6. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ
☐ 7. ใบเสร็จรับเงินค่าตรวจสุขภาพ จำนวน ฉบับ
☐ 8. ใบตรวจสุขภาพ
☐ 9. ใบรายงานประกอบใบคำขอเอาประกันภัย
☐ 10. ผลตรวจปัสสาวะ (MU)
☐ 11. ผลตรวจเลือด (Anti HIV)
☐ 12. ผลตรวจเลือด (BLPR)
☐ 13. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
☐ 14. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (EST)
☐ 15. ฟิล์มเอ็กซเรย์
☐ 16. ชุดการตรวจน้ำลาย (ORASURE)
☑ 17. อื่นๆ โปรดระบุ CRS

☑ 18. แบบประกันภัย อีลิท เซฟวิ่งส์ 868
☑ 19. งวดการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นราย
- ☑ ปี
- ○ 6 เดือน
- ○ 3 เดือน
- ○ เดือน

ข้อควรทราบ

1. **ต้องการชำระเบี้ยฯ ไม่ต่ำกว่า 90% พร้อมใบสมัคร**
   กรณีวงเงินประกันน้อยกว่า 1 ล้านบาท
2. **ความสมบูรณ์ของใบสมัคร**
   2.1 กรอกข้อความในใบสมัครให้ครบถ้วน
   2.2 หากมีรอยแก้ไข ขอให้ผู้สมัครฯ เซ็นกำกับทุกครั้ง
3. **ผู้สมัครฯ เป็นผู้เยาว์ (อายุยังไม่ถึง 20 ปี บริบูรณ์)**
   ต้องให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมเซ็นชื่อในใบสมัครทุกครั้ง
4. **วัน เดือน ปี ในใบสมัครฯ ใบเสร็จ บนเช็ค ต้องเป็นวันเดียวกัน**
   และจำนวนเงินในใบเสร็จ ต้องตรงกับในใบสมัครเอาประกัน
5. **ใบสมัครแบบตรวจสุขภาพที่เคยอนุมัติแบบมาตรฐาน ภายใน 6 เดือน**
   สามารถส่งโดยอ้างอิงผลตรวจสุขภาพเดิมได้ แต่ต้องตอบคำถามให้ครบถ้วนทุกข้อ
6. **กรณีใบสมัครถูกตัดข้อมูล และต้องการนำเช็คฉบับนั้นๆ มาเพื่อสมัครทำประกันฉบับใหม่**
   6.1 ต้องให้ผู้สมัครทำหนังสือแจ้งให้ทราบ พร้อมทั้งเซ็นชื่อสลักหลังเช็คให้เรียบร้อย
   6.2 ผู้สมัครใหม่ต้องเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ทรงเช็ค/คู่สมรส/บุตรเท่านั้น
7. **หากผู้เอาประกันใช้การพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ ต้องให้พยานลงชื่อ 2 ท่าน**
   ตามกฎหมาย และต้องระบุด้วยว่าเป็นลายนิ้วหัวแม่มือข้างใด
8. **ผู้รับประโยชน์ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน**
   หากนามสกุลไม่เหมือนกับผู้เอาประกัน จะต้องส่งเอกสารแสดงความสัมพันธ์ประกอบด้วย
9. **ลายเซ็นของผู้เอาประกันในเอกสารทุกประเภท ต้องเป็นลายเซ็นเดียวกัน**
10. **ในกรณีที่ผู้สมัครมีประวัติการรักษา/ตรวจสุขภาพ ต้องแนบใบมอบอำนาจ**
    ขอใบรายงานแพทย์ พร้อมสำเนาบัตรคนไข้

รวมเอกสารนำส่งทั้งสิ้น รายการ

ลงชื่อ นางสาวอิ่มเอม เสมอมา ผู้นำส่ง
( )
วันที่ 21 / มิ.ย. / 25xx

ลงชื่อ ผู้รับเอกสาร
( )
เจ้าหน้าที่ของบริษัท
วันที่ / /

ต้นฉบับ - นำส่งสำนักงานใหญ่พร้อมเอกสารตามที่ระบุข้างต้น

CHUBB

Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

☐ แบบตรวจสุขภาพ ☑ แบบไม่ตรวจสุขภาพ

ผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 16 ปี	☐ แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 2, 6, 7)	ผู้ขอเอาประกันอายุ 16 ปีขึ้นไป	☐ แบบไม่มีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 6, 7)
	☐ แบบมีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 2, 3, 6, 7)		☐ แบบมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 3, 6, 7)
ซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ย : ตอบคำถามส่วนที่ 4 เพิ่มเติม			☑ แบบมีคำถามสุขภาพ (ตอบคำถามส่วนที่ 1, 3, 4, 6, 7)
ซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ : ตอบคำถามส่วนที่ 5 เพิ่มเติม		ซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ : ตอบคำถามส่วนที่ 5 เพิ่มเติม	

คำเตือนของ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. **ชื่อและนามสกุล**ของผู้ขอเอาประกันภัย นายเอ รักประกัน
ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ☑ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ ไทย
เกิดวันที่ 2 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2534 อายุ 35 ปี
สถานภาพ ☐ โสด ☑ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
ชื่อภรรยา / สามี นางบี รักประกัน

เอกสารที่ใช้แสดงตน
☑ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ อื่นๆ ระบุ.....
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่
X X X X X X X X X X X X X
หมดอายุวันที่ 1 ก.ค. 2570

2. **ที่อยู่และที่ทำงาน**

2.1 **ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**เลขที่ 8/27 หมู่บ้าน/อาคาร ทวีวัฒนา
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย สุขุมวิท 23 ถนน สุขุมวิท
แขวง/ตำบล คลองเตยเหนือ เขต/อำเภอ วัฒนา
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10110

2.2 **สถานที่ทำงาน** บริษัท WA Corporation
อาคาร บางนาทาวเวอร์ B เลขที่ 2/3 หมู่ที่ 14
ตรอก/ซอย..... ถนน บางนา-ตราด กม.6.5
แขวง/ตำบล บางแก้ว เขต/อำเภอ บางพลี
จังหวัด สมุทรปราการ รหัสไปรษณีย์ 10540

2.3 **ที่อยู่ปัจจุบัน**เลขที่ 8/27 หมู่บ้าน/อาคาร ทวีวัฒนา
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย สุขุมวิท 23 ถนน สุขุมวิท
แขวง/ตำบล คลองเตยเหนือ เขต/อำเภอ วัฒนา
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10110

2.4 **หมายเลขโทรศัพท์**
บ้าน..... มือถือ 089-xxxxxxx
ที่ทำงาน..... อีเมล A.rak@gmail.com

2.5 **สถานที่สะดวกในการติดต่อ**
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☑ ที่อยู่ปัจจุบัน

2.6 **การรับกรมธรรม์** (เลือกเพียงข้อเดียว)
☐ รับกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ผ่านอีเมล.....
☑ รับเล่มกรมธรรม์แบบกระดาษ (กรณีไม่ระบุความประสงค์หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลที่ระบุไว้ได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเล่มกรมธรรม์กระดาษให้แก่ท่าน)

3. **อาชีพประจำ** ค้าขาย ตำแหน่ง เจ้าของกิจการ ลักษณะงานที่ทำ บริหารงานกิจการ
ลักษณะธุรกิจ ขนส่งสินค้าระหว่างจังหวัด รายได้ต่อปี 2,500,000 บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....
ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี ..... บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ใช้ ☑ ไม่ใช้

4. **แบบประกันภัย สัญญาเพิ่มเติม การชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินผลประโยชน์**

4.1 แบบประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัยที่ชำระ (บาท)
☑ อีลีท เซฟวิ่งส์ 868	1,000,000	94,900

แบบประกันภัยชนิด ☐ มีเงินปันผล ☑ ไม่มีเงินปันผล ระยะเวลาเอาประกันภัย 33 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 8 ปี

4.2 สัญญาเพิ่มเติม

สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัยที่ชำระ	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เบี้ยประกันภัยที่ชำระ
☐ การประกันภัยอุบัติเหตุแบบ อบ.1 (AI)			☐ ค่ารักษาพยาบาลและผ่าตัด (รพ.) เฮลท์ พรีเมียม เอ็กซ์ตร้า (HEC)		
☐ คุ้มครองมาตกรรมจลาจล (AIRCC)			☐ ค่ารักษาพยาบาลและผ่าตัด (รพ.) เฮลท์ ดีไลท์ พลัส (HDNC)		
☐ การประกันภัยอุบัติเหตุแบบ อบ.2 (ADD)			☐ ค่ารักษาพยาบาลและผ่าตัด (รพ.) เฮลท์ พรีเมียม เอ็กซ์ตร้า แบบมีความรับผิดส่วนแรก (HEDC)		
☐ คุ้มครองมาตกรรมจลาจล (ADDRCC)			☐ ชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) พิด (HBF)		
☐ การประกันภัยอุบัติเหตุแบบ อบ.3 (ADB)			☐ การประกันภัยโรคร้ายแรง (DDN)		
☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผช. (PB)			☐ การประกันภัยโรคร้ายแรง (DD50)		
☐ แบบชั่วระยะเวลา (TR...../.....)			☐		
☐ ยกเว้นการชำระเบี้ยประกันภัยแบบ ยบ.1 (WP)			☐		
☐			☐		

4.3 **การชำระเบี้ย** งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☑ รายปี

เบี้ยประกันภัยรวม 94,900 บาท จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้ 94,900 บาท ชำระเป็น ☑ เงินสด ☐ เช็ค ☐ บัตรเครดิต

☑ โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ 147-3-12535-7 ชื่อบัญชี บมจ.ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ ธนาคาร กรุงเทพ สาขา สุรวงศ์

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ xxxx-xxxx

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย นายเอ รักประกัน ความสัมพันธ์ ตนเอง

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรกผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

4.4 **การรับเงินผลประโยชน์** ถ้ามีเงินปันผล / เงินคืนตามสัญญาเลือก (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งบริษัทจะจ่ายคืนเป็นเช็ค / ตั๋วแลกเงิน)

☑ ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค / ตั๋วแลกเงิน ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม

กรณีที่ขอรับเป็นเงินสด และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกรายละเอียดเพิ่มเติม

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกัน / ผู้ให้ความยินยอม มีความประสงค์ให้บริษัทดำเนินการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยทั้งหมด รวมทั้งเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกินเข้าบัญชีธนาคารข้าพเจ้า ยกเว้น เงินสินไหมมรณกรรม เงินครบกำหนดสัญญา และการคืนเงินเบี้ยประกันกรณียกเลิกการทำประกันหรือบริษัทไม่สามารถรับประกันภัย (บริษัทจะจ่ายให้เป็นเช็ค / ตั๋วแลกเงิน)

ชื่อเจ้าของบัญชี นายเอ รักประกัน บัญชีเลขที่ xxx-xx-xxxxx

ประเภท ☑ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ธนาคาร กรุงเทพ ☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา เอ็มโพเรี่ยม

☑ แนบสำเนาหน้าสมุดเงินฝากออมทรัพย์ หรือ Statement บัญชีกระแสรายวัน ที่ปรากฏชื่อ เลขที่บัญชีของข้าพเจ้า

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงให้บริษัทจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยและเงินคืนจากค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกินในนามของผู้เอาประกันภัยได้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว
2) ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุข้างต้นได้ ข้าพเจ้ายินดีรับเป็นเช็คหรือตั๋วแลกเงิน ตามวิธีปฏิบัติปกติของบริษัท
3) บริษัทขอสงวนสิทธิ์การเปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกการบริการ และจะจ่ายเป็นเช็คหรือตั๋วแลกเงินตามวิธีปกติแทน โดยมิต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

5. **ผู้รับประโยชน์** (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ผู้รับประโยชน์ต้องเป็นบุคคลเดียวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้เยาว์เท่านั้น)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นางบี รักประกัน	30	ภรรยา	ที่อยู่ปัจจุบันกับผู้เอาประกัน	50%
ด.ญ.ซี รักประกัน	4	บุตร	ที่อยู่ปัจจุบันกับผู้เอาประกัน	50%

ส่วนที่ 2 กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 16 ปี)
กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยซึ่งต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้เยาว์เท่านั้น

6. **ชื่อและนามสกุล**ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย .....
ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....
เกิดวันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. ..... อายุ ..... ปี
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
ชื่อภรรยา / สามี.....

เอกสารที่ใช้แสดงตน
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ อื่นๆ ระบุ.....
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
หมดอายุวันที่.....

สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุต่ำกว่า 16 ปี

7. **ที่อยู่และที่ทำงาน**
7.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

7.2 สถานที่ทำงาน.....
อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

7.3 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

7.4 หมายเลขโทรศัพท์
บ้าน .....มือถือ.....
ที่ทำงาน.....อีเมล.....

7.5 สถานที่สะดวกในการติดต่อ
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

8. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตอบคำถามเฉพาะกรณีที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

	ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
9. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่	☑ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ	☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
10. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่	☑ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ	☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ
11. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่	☑ ไม่เคย ☐ เคย	☐ ไม่เคย ☐ เคย

ข้อมูลของ	บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่
		ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
ผู้ขอเอาประกันภัย						
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย						

ข้อมูลของ	บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
ผู้ขอเอาประกันภัย			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

12. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ข้อมูลของ	ชนิด	ปริมาณ (ต่อครั้ง)	ความถี่ (ครั้งต่อสัปดาห์)	เสพมานาน (ปี)	เลิกเสพยาเมื่อ
ผู้ขอเอาประกันภัย					
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย					

☑ ไม่เสพ / ไม่เคย
☐ เสพ / เคยเสพ
โปรดระบุ

☐ ไม่เสพ / ไม่เคย
☐ เสพ / เคยเสพ
โปรดระบุ

13. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ข้อมูลของ	โรค
ผู้ขอเอาประกันภัย	
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	

☑ ไม่เป็น
☐ เป็น
โปรดระบุ

☐ ไม่เป็น
☐ เป็น
โปรดระบุ

14. น้ำหนัก และส่วนสูงในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ข้อมูลของ	เพิ่มขึ้น (กก.)	ลดลง (กก.)	สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง
ผู้ขอเอาประกันภัย			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			

น้ำหนัก 72 กก.
ส่วนสูง 180 ซม.
☑ ไม่เปลี่ยน
☐ เปลี่ยน
โปรดระบุ

น้ำหนัก.....กก.
ส่วนสูง.....ซม.
☐ ไม่เปลี่ยน
☐ เปลี่ยน
โปรดระบุ

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ
โปรดระบุรายละเอียด.....
.....

☑ ใช่
☐ ไม่ใช่
โปรดระบุ

☐ ใช่
☐ ไม่ใช่
โปรดระบุ

16. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

ข้อมูลของ	ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
ผู้ขอเอาประกันภัย					
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย					

☑ ไม่เคย
☐ เคย
โปรดระบุ

☐ ไม่เคย
☐ เคย
โปรดระบุ

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่

ข้อมูลของ	อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
ผู้ขอเอาประกันภัย				
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย				

☑ ไม่เคย
☐ เคย
โปรดระบุ

☐ ไม่เคย
☐ เคย
โปรดระบุ

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ปีขึ้นไปและผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

18. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☑ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ
ชนิด เบียร์ ปริมาณ 2 ขวดต่อครั้ง ความถี่ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน 5 ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ.....

19. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☑ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุ
ปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ.....

20. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สายตาพิการ ☐ โรคจอประสาทตา ☐ โรคต้อหิน ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง ☐ โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต ☐ โรคพาร์กินสัน ☐ โรคความจำเสื่อม ☐ โรคชัก ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ ☐ โรควัณโรค	☐ โรคหอบหืด ☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ โรคถุงลมโป่งพอง ☐ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ☐ โรคหลอดเลือด ☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร ☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ ตับอ่าน ☐ ม้ามโต ☐ โรคตับอ่อนอักเสบ ☐ โรคไต ☐ โรคข้ออักเสบ ☐ โรคเก๊าท์ ☐ โรคหนังแข็ง ☐ โรคเอสแอลอี ☐ โรคเลือด ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไทรอยด์	☐ โรคต่อมน้ำเหลืองโต ☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ ☐ โรคมะเร็ง ☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) ☐ พิการทางร่างกาย ☐ โรคทางจิตเวช ☐ โรคทางระบบประสาท ☐ โรคซึมเศร้า ☐ ดาวน์ซินโดรม

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

21. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี
หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ การมองเห็นผิดปกติ ☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ☐ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ☐ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก ☐ มีพัฒนาการช้า ☐ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ☐ ไอเรื้อรัง ☐ ไอเป็นเลือด ☐ เหนื่อยง่ายผิดปกติ	☐ เจ็บหรือแน่นหน้าอก ☐ ใจสั่น ☐ ปวดท้องเรื้อรัง ☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ☐ ท้องมาน ☐ ท้องเสียเรื้อรัง ☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ ☐ ปวดข้อเรื้อรัง ☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ☐ จ้ำเลือด ☐ คลำพบก้อนเนื้อ	**อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา** ☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ น้ำหนักลด ☐ ท้องเดินเรื้อรัง ☐ ไข้เรื้อรัง ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง	**เฉพาะสตรี** ☐ กำลังตั้งครรภ์.....เดือน ☐ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน / เดือน / ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน	

ส่วนที่ 5 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

22. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
☑ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง ☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ☐ ไซนัสอักเสบ ☐ ปวดศีรษะไมเกรน ☐ ภูมิแพ้ ☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ กรดไหลย้อน ☐ นิ่ว ☐ ถุงน้ำดีอักเสบ ☐ ไส้เลื่อน ☐ ริดสีดวงทวาร ☐ ฝีคันทสูตร	☐ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน ☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท ☐ ข้อเสื่อม ☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	☐ เส้นประสาทอักเสบ หรือถูกเบียดทับ ☐ ออทิสติก ☐ สมาธิสั้น

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

23. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) .....
.....
.....

ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาล แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติประเทศที่เกิดที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	☑ ไม่มี	☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
☑ ไม่เป็น
☐ เป็น
☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
กรณีเป็นหรือเคยเป็น
โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	☑ ไม่มี	☐ มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	☑ ไม่มี	☐ มี

2. คำรับรอง

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงาน ภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
3. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
5. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☑ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่..... XXXXXXXXXXXXX .....

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 8 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน **www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html** รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ **www.oic.or.th**
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว **www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html** 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(ลงชื่อ) ..... ❶
นายเอ รักประกัน
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 9 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านทางโทรศัพท์ และ/หรือผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียง และ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (สำหรับช่องทางการขายช่องทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์)
4. สำหรับช่องทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มิต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
5. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ บ้านเลขที่ 8/27 มบ.ทวีวัฒนา สุขุมวิท 23 วันที่ 20 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 25xx

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวอิ่มเอม เสมอมา)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์).....

(ลงชื่อ) .....

(นายเอ รักประกัน)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

พยาน / ตัวแทนหลัก / นายหน้า	พยาน / ตัวแทนรอง / นายหน้า	หน่วยตัวแทน
ลงชื่อ..... (นางสาวอิ่มเอม เสมอมา) ใบอนุญาตเลขที่ XXXXXXXXXX รหัสตัวแทน/นายหน้า XXXXXXXX	ลงชื่อ..... (.....) ใบอนุญาตเลขที่..... รหัสตัวแทน/นายหน้า.....	ชื่อหน่วย (ซื่อโบรคเกอร์) รหัสหน่วย..... ชื่อผู้บริหารหน่วย..... ☐ สนง.ใหญ่ ชั้น..... ☐ สาขา..... ☐ สนง.ตัวแทน..... หมายเลขโทรศัพท์.....

CHUBB Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)	นายเอ รักประกัน	
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Residence Address	8/27 มบ.ทวีวัฒนา ซ.สุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110	
วันเดือนปีเกิด Date of Birth	2 ต.ค. 2534	
สถานที่เกิด Place of Birth	ประเทศ ไทย Country	เมือง/จังหวัด กรุงเทพฯ City/Province

ส่วนที่ 1 : การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

CRS Questionnaire for taxpayer in countries other than Thailand or the U.S. (Please specify in English)

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/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนาถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ ท่านสามารถศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับถิ่นที่อยู่ทางภาษีเพิ่มเติมได้ที่ https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/

*"Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion. The Guidance on Tax Residence is available at https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง

You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below.

หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ข้ามไปทำส่วนที่ 2

If your answer is "No", continue in Part 2

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น

Reason (A) - The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

เหตุผล (บี) - ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

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

เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้ เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

Reason (C) - Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

ส่วนที่ 2 : รับรองคำแถลงและการเปลี่ยนแปลงสถานะ
Declaration and Change of Status

1. ถ้อยคำทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่ท่านทราบ
All statements you made in this form are, to the best of your knowledge, correct and complete.

2. ท่านเป็นผู้ถือบัญชี (หรือเป็นผู้มีอำนาจลงนามในฐานะผู้ถือบัญชี) ในกรมธรรม์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้
You are the policyholder (or are authorised to sign for the policyholder) of all the policy(ies) to which this form relates.

3. ท่านเข้าใจว่าข้อมูลที่ท่านให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้อยู่ภายใต้นโยบายความเป็นส่วนตัวของ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") https://www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html ซึ่งอาจมีการใช้หรือเปิดเผยข้อมูลของท่านได้

You understand that the information provided by you is covered by the Privacy Policy https://www.chubb.com/th-en/footer/chubblife-privacy-notice.html setting out how Chubb Life Assurance Public Company Limited ("the Company") may use and share the information provided by you.

4. ท่านรับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลที่เกี่ยวกับท่านและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่นๆ ที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน

You acknowledge that the information contained in this form and information regarding you and any Reportable Account(s) may be provided to exchange with tax authorities of another country(ies)/jurisdiction(s) in which you may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

5. ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสถานะของถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่านตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ให้ไว้กลายเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง โดยจะแจ้งปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันต่อบริษัทภายใน 30 วันหลังจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

You will advise the Company of any change in circumstances which affects your tax residency status declared in this form or causes the information contained herein to become incorrect, and to provide the Company with a suitably updated self-certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย.....
Insurance Applicant/Insured

วันที่ 20 มิ.ย. 25xx
Date

วันที่ตามใบเสร็จรับเงินชั่วคราว

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)

วันที่.....
Date

CHUBB Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....
วันที่ 20 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 25xx

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นายเอ รักประกัน อายุ 35 ปี ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ทายาทโดยชอบธรรม/ผู้แทนโดยชอบธรรมของ.....(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีอำนาจในการขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสารหรือขอแผ่นบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิตอลต่างๆ หรือขอคำรับรองเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอ็กซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้อง เป็นต้น หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา

ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้าขอให้และยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลและ/หรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งดังกล่าวซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผ่านมาหรือที่จะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ความพิการ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิงให้กับ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เพื่อประโยชน์ในการขอเอาประกันภัย และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือผู้เยาว์ ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัทที่เกี่ยวข้อง เพื่อการขอเอาประกันภัย การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ หรือเพื่อการดำเนินการที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือ ยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง และการกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพัน ผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

4

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม
(นายเอ รักประกัน)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
( )

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน/นายหน้า
(นางสาวอิมเอม เสมอมา)

ลงชื่อ.....พยาน
( )

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....
วันที่ 20 เดือน มิ.ย. พ.ศ. 25xx

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นายเอ รักประกัน อายุ 35 ปี ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ทายาทโดยชอบธรรม/ผู้แทนโดยชอบธรรมของ.....(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีอำนาจในการขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสารหรือขอแผ่นบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิตอลต่างๆ หรือขอคำรับรองเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอ็กซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้อง เป็นต้น หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา

ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้าขอให้และยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลและ/หรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งดังกล่าวซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผ่านมาหรือที่จะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ความพิการ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิงให้กับ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เพื่อประโยชน์ในการขอเอาประกันภัย และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือผู้เยาว์ ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัทที่เกี่ยวข้อง เพื่อการขอเอาประกันภัย การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ หรือเพื่อการดำเนินการที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือ ยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง และการกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพัน ผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

5

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม
(นายเอ รักประกัน)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
( )

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน/นายหน้า
(นางสาวอิมเอม เสมอมา)

ลงชื่อ.....พยาน
( )

CHUBB Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับลูกค้า บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

เพื่อให้การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเป็นไปตามที่กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้บังคับกำหนด บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) (**"บริษัท"** หรือ **"เรา"**) จึงได้จัดเตรียมแบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับลูกค้าฉบับนี้ เพื่อขอความยินยอมจากท่านสำหรับวัตถุประสงค์ที่เราไม่สามารถเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านด้วยฐานทางกฎหมายอื่นได้

โดยการให้ความยินยอมในแบบฟอร์มความยินยอมสำหรับลูกค้าฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

☑ ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแก่บริษัทและบริษัทในกลุ่มบริษัท ชับบ์ ในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า **เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำการตลาด และการติดต่อสื่อสารซึ่งบริษัทฯ ไม่สามารถอ้างอิงฐานทางกฎหมายอื่นได้** เพื่อแจ้งข่าวสารด้านการตลาด การทำการตลาด แบบตอกย้ำความสนใจ (Re-Marketing) โฆษณา สิทธิประโยชน์ การขาย ข้อเสนอพิเศษ การแจ้งเตือนจดหมายข่าว รายงานความคืบหน้า ประกาศ กิจกรรมส่งเสริมการขาย ข่าวสารและข้อมูลที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท รวมถึงของบริษัทในกลุ่มบริษัท ชับบ์ ตลอดจนพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทให้กับท่าน

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบถึงนโยบายความเป็นส่วนตัวแล้ว

สแกนเพื่ออ่านนโยบายความเป็นส่วนตัว

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

6

(ลงชื่อ) .....

นายเอ รักประกัน

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

สำเนาถูกต้อง

7