

ใบคำขอเอาประกันชีวิต

(สำหรับกรอกข้อมูลลูกค้าเท่านั้น)

รหัสสมาชิก (AML):

ชื่อ - สกุล สมาชิก:

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุล(ภาษาไทย) _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ชื่อและนามสกุล(ภาษาอังกฤษ) _____
(ชื่อและนามสกุลเดิม _____) อายุ _____ ปี เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
เลขประจำตัวประชาชน _____ วันบัตรหมดอายุ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
หนังสือเดินทางเลขที่ _____ วันหมดอายุ _____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
สัญชาติ _____ (กรณีถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ _____)
ชื่อและนามสกุลของภรรยา /สามี _____ เลขประจำตัวประชาชน _____
2. 2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
2.2 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
2.3 สถานที่ทำงาน _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ชื่ออาคาร _____
ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
2.4 สถานที่ติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน _____ (ระบุได้เพียง 1 อีเมลเท่านั้น)
2.5 อีเมล _____ เบอร์โทรฯ มือถือ _____ เบอร์โทรฯ บ้าน _____ เบอร์โทรฯ ที่ทำงาน _____
- 2.6 การรับกรมธรรม์ (เลือกเพียงข้อเดียว) ☐ รับกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ผ่านอีเมล _____
☐ รับเล่มกรมธรรม์แบบกระดาษ _____
หมายเหตุ : หากไม่ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ เอกสารแสดงการรับเงิน และหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ
3. 3.1 อาชีพประจำ _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท
ลักษณะงานที่ทำ _____ ลักษณะธุรกิจ _____ สำหรับตัวแทน/นายหน้า
3.2 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท
ลักษณะงานที่ทำ _____ ลักษณะธุรกิจ _____ สำหรับตัวแทน/นายหน้า
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
4. แบบประกันภัย (เลือกเพียงข้อเดียว) สัญญาเพิ่มเติมที่ขอเอาประกันภัย และการรับเงินผลประโยชน์
- 4.1 ☐ การประกันภัยแบบยูนิต ลิงค์ แบบ _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี
สำหรับการประกันภัยแบบยูนิต ลิงค์ จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำจะถูกกำหนดเป็นจำนวนเท่าของเบี้ยประกันภัยหลัก รายปี
จำนวนเบี้ยประกันภัยหลัก หรือจำนวนเบี้ยประกันภัยหลักเพื่อความคุ้มครอง หรือจำนวนเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ที่ชำระ _____ บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษที่ชำระเป็นจำนวนรวมเบี้ยประกันภัยหลัก ที่ชำระ (ถ้ามี) _____ บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ ที่ชำระ (ถ้ามี) _____ บาท
- 4.2 ☐ อื่นๆ แบบ _____
จำนวนเงินเอาประกันภัย/มูลค่าบำนาญตั้งต้น _____ บาท
ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี
ชนิด ☐ ไม่มีเงินปันผล ☐ มีเงินปันผล กรณี มีเงินปันผลตามสัญญา กรุณาเลือก ☐ ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม
กรณี มีเงินคืนตามสัญญา กรุณาเลือก ☐ ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม
กรณีที่ขอรับเป็นเงินสด และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อ 4.3

4.3 การขอรับเงินผลประโยชน์ตามกฎหมายประกันภัยโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ ประสงค์ให้โอนเข้าบัญชีธนาคารเป็น

(กรุณาเลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

☐ บัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ตามที่ระบุไว้ในข้อ 1 หรือบัญชีพร้อมเพย์ที่สมัครโดยใช้เลขที่บัตรประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามที่ระบุไว้ในข้อ 12 กรณีผู้เอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์

☐ บัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี _____ ชื่อธนาคาร _____ เลขที่บัญชี _____

ข้อกำหนดและเงื่อนไข ก) กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว ข) กรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารข้างต้นได้ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์เป็นเช็คขีดคร่อม ให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้อำนาจที่ข้าพเจ้าแจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้า กับบริษัท เอเอเอ จำกัด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของบัญชีพร้อมเพย์

[illegible]

4.5 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอ นี้ บาท ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่ _____
ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☐ บัตรเครดิต ☐ อื่นๆ _____ งวดการชำระ ☐ ครั้งเดียว ☐ รายปี ☐ รายหกเดือน ☐ รายสามเดือน ☐ รายเดือน
คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันจะต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่
ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยในงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันจะต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดง
การรับเงินจากบริษัท

ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย อาชีพ ความสัมพันธ์

5. ผู้รับประโยชน์ (หากมิได้ระบุไว้เป็นอย่างอื่น ในกรณีที่มิผู้รับประโยชน์หลายคน บริษัทฯ จะจ่ายให้คนละเท่าๆ กัน หรือหากผู้รับประโยชน์คนใดเสียชีวิตก่อน หรือพร้อมกันกับผู้อุปถัมภ์ บริษัทฯ จะนำส่วนของผู้รับประโยชน์นั้นแบ่งจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่มีชีวิตอยู่เป็นอัตราส่วนเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุล	เลขประจำตัวประชาชน	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

คำถามข้อ 6-11 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 16 ปี

6. ชื่อและนามสกุลของบิดา _____

ชื่อและนามสกุลของมารดา _____

☐ ยังมีชีวิตอยู่ ☐ เสียชีวิต

☐ ยังมีชีวิตอยู่ ☐ เสียชีวิต

เลขประจำตัวประชาชน _____

เลขประจำตัวประชาชน _____

7. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) มีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด _____

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินสดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

8. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย การขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท _____ สาเหตุ _____ เมื่อ _____

9. ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน หากเปลี่ยน ☐ เพิ่มขึ้น _____ ก.ก. ☐ ลดลง _____ ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____

10. ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) มีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือ ทพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด _____

11. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้เยาว์) เคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือก เพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด _____

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

คำถามข้อ 12-13 สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์

12. ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ ความสัมพันธ์ _____ (ชื่อและนามสกุลเดิม _____) อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เลขประจำตัวประชาชน _____ วันบัตรหมดอายุ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ หนังสือเดินทางเลขที่ _____ วันหมดอายุ _____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า สัญชาติ _____ (กรณีถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ _____) ชื่อและนามสกุลของภรรยา /สามี _____ เลขประจำตัวประชาชน _____ อาชีพประจำ _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท ลักษณะงานที่ทำ _____ ลักษณะธุรกิจ _____ สำหรับตัวแทน/นายหน้า _____ อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท ลักษณะงานที่ทำ _____ ลักษณะธุรกิจ _____ สำหรับตัวแทน/นายหน้า _____

13. 13.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน /อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล /แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ 13.2 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ _____ หมู่บ้าน /อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล /แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ 13.3 สถานที่ทำงาน _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ชื่ออาคาร _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ 13.4 สถานที่ติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน 13.5 อีเมล _____ เบอร์โทรฯ มือถือ _____ เบอร์โทรฯ บ้าน _____ เบอร์โทรฯ ที่ทำงาน _____

14. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินสดชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

15. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย การขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท _____ สาเหตุ _____ เมื่อ _____

16. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

17. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย ☐ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง / สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี
☐ เลิกเสพเมื่อ _____

18. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย ☐ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด / ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง / สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี
☐ เลิกดื่มเมื่อ _____

19. ท่านสูบ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย ☐ ปริมาณ _____ มวน / วัน สูบมานาน _____ ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ _____

20. ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
หากเปลี่ยน ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก. ☐ ลดลง _____ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____

21. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น หากเป็น โปรดระบุ ☐ เป็นโรคเอดส์(HIV) ☐ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี

22. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สายตาพิการ	☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ ม้ามโต	☐ โรคต่อมน้ำเหลืองโต
☐ โรคต่อหิน	☐ โรคถุงลมโป่งพอง	☐ โรคตับอ่อนอักเสบ	☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ ความดันโลหิตสูง	☐ โรคไต	☐ โรคมะเร็ง
☐ โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
☐ โรคพาร์กินสัน	☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐ โรคเก๊าท์	☐ พิกการทางร่างกาย
☐ โรคความจำเสื่อม	☐ โรคหลอดเลือด	☐ โรคหนังแข็ง	☐ โรคจิตเวช
☐ โรคชัก	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคเอสแอลอี	☐ โรคซึมเศร้า
☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคเลือด	☐ ดาวน์ ซินโดรม
☐ โรควัณโรค	☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ โรคเบาหวาน	
☐ โรคหอบหืด	☐ ดีซ่าน	☐ โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา /ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา /การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา /ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

23. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| ☐ การมองเห็นผิดปกติ | ☐ เจ็บหรือแน่นหน้าอก |
| ☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง | ☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด |
| ☐ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ | ☐ ท้องมาน |
| ☐ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก | ☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ |
| ☐ มีพัฒนาการช้า | ☐ ปวดข้อเรื้อรัง |
| ☐ ไอเรื้อรัง | ☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง |
| ☐ ไอเป็นเลือด | ☐ คลำพบก้อนเนื้อ |

อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา	เฉพาะสตรี
☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ น้ำหนักลด ☐ ท้องเดินเรื้อรัง ☐ ใช้เรื้อรัง ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง	☐ กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน ☐ โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

24. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา

24.1 ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด

การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ

การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา

สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ผลการตรวจ/รักษา

ข้อสังเกตโดยแพทย์

24.2 ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน

หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา

สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ผลการตรวจ/รักษา

25. ใช้สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษ หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | ☐ กรดไหลย้อน | ☐ เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | ☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ |
| ☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง | ☐ นิ้ว | ☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน | ☐ ออทิซึม |
| ☐ ไส้สีกอักเสบ | ☐ ถุงน้ำดีอักเสบ | ☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท | ☐ สมาร์สัน |
| ☐ ปวดศีรษะไมเกรน | ☐ ไส้เลื่อน | ☐ ข้อเสื่อม | |
| ☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | ☐ ริดสีดวงทวาร | ☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง | |
| | ☐ ฝีคันทูด | | |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษ หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

26. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

27. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาหรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ว่าป่วยตามรายการทำคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

- | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง | ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ | ☐ โรคหัวใจ | ☐ โรคไต | ☐ โรคเบาหวาน | ☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง |
| ☐ โรคพาร์กินสัน | ☐ โรคหอบหืด | ☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | ☐ โรคเอสแอลอี | ☐ โรคไทรอยด์ | ☐ พิกัดทางร่างกาย |
| ☐ โรคชัก | ☐ โรคความดันโลหิตสูง | ☐ ดีซ่าน | ☐ โรคเลือด | ☐ โรคมะเร็ง | ☐ โรคจิตเวช |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	การรักษา และ อาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

28. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

28.1 คลำพบก้อนเนื้อ ☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด _____

28.2 มีอาการดังต่อไปนี้ ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด _____

☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ น้ำหนักลด ☐ ท้องเดินเรื้อรัง ☐ ไข้เรื้อรัง ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง

29. ภายในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจ

เพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ(MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น)

หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

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

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทย กับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ ☐ ถิ่นสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถิ่นสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

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

- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะ แจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

for International Cooperation in the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) of Applicant or Legal Representative/Person exercising parental power of the Applicant (In the event that the Applicant is a minor and is not the person who pays the insurance premiums by himself or herself)

1. Verification of Status

A. Are you an American Citizen or born in the U.S.?

☐ No

☐ Yes, please specify ☐ American Citizen ☐ Born in the U.S. ☐ American Citizen and born in the U.S.

B. Are you or Were you a holder of any U.S. Permanent Resident Card (Green Card)?

☐ No ☐ Yes ☐ Used to have a Green Card and expired

If the answer is yes or used to have a green card: please specify number of your green card: _____, expiration date of your green card : _____

C. Are you a person who has duties to pay tax to the U.S. Internal Revenue Service or IRS?

☐ No ☐ Yes

D. Are you a U.S. resident for the purpose of U.S. taxation (for example, you were a resident in the U.S. at least 183 days in the last calendar year)?

☐ No ☐ Yes

2. Certification

- (1) I acknowledge that Life insurance company ("Company") is subject to and required to comply with the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).
- (2) I acknowledge that the Company is obliged to collect, use or disclose any of my information that the Company has a duty to disclose to the Local or international government agencies to comply with FATCA.
- (3) I will provide additional information as requested by the Company in writing to comply with FATCA within the specified period.
- (4) I will notify the Company in the event of a change of status or any information that I have previously notified to the Company, if the status or the changed information is relevant to the United States, within 30 days from the date of change of status or information.
- (5) In the event that I do not disclose the information under (3) and (4), I grant the company the right to report my information to the Local or international government agencies to comply with FATCA.

ส่วนที่ 4 การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมถ่ายเอกสารหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ่ายเอกสารที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ 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 หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม 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 หากข้าพเจ้าเปิดเผยความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษาการรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน _____ 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 ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถหาข้อมูลจากกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว _____ นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีภาระบังคับใช้ตามกฎหมายว่าด้วยการเก็บรวบรวม 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