

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ชื่อตัวแทน/นายหน้า

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ รหัสตัวแทน

แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ แบบตรวจสอบสุขภาพ เลขที่ใบอนุญาตผู้แนะนำการลงทุน.....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 อายุ.....ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 เอกสารที่ใช้แสดงตน บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... วันหมดอายุ.....
 หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....
 อื่นๆ..... เลขที่.....
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อภรรยา/สามี.....
 2. ที่อยู่และที่ทำงาน
 ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 ข. สถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่.....
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 ค. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
 3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้ต่อปี..... บาท
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้ต่อปี..... บาท
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
 ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. แบบประกันภัย.....
 ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
สัญญาประกันชีวิต - เบี้ยประกันภัยหลัก หรือเบี้ยประกันภัยชำระครั้งเดียว		
- เบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ ที่ชำระเป็นประจำพร้อมเบี้ยประกันภัยหลัก		
- เบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ ที่ไม่ได้ชำระเป็นประจำพร้อมเบี้ยประกันภัยหลัก		
สัญญาเพิ่มเติม		
เบี้ยประกันภัยรวม		

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้..... บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....
 อื่นๆ..... ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....
คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ ที่ระบุข้างต้น
 ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย..... อายุ..... ปี อาชีพ..... ความสัมพันธ์.....

กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารประเภทออมทรัพย์ หรือกระแสรายวัน ที่เปิดในนามของผู้ขอประกันท่านนั้น
เพื่อรับเงินปันผล / เงินคืนตามสัญญา / ผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ หรือเงินเบี้ยประกันภัยที่ต้องคืน โดยการโอนเข้าบัญชี

ชื่อบัญชี.....เลขที่.....ธนาคาร.....สาขา.....

5. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์
 วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้นี้หน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้
 ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มี ความประสงค์

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี) ได้รับความคุ้มครองของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่น
 หรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับ
 คืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

9. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่
 ไม่เคย เคย
10. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ เสพ/เคยเสพ เล็กเสพ เมื่อ.....
 โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน..... ปี
11. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม เล็กดื่ม เมื่อ.....
 โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... ขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน..... ปี
12. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ เล็กสูบบุหรี่ เมื่อ.....
 โปรดระบุปริมาณ..... มวน/วัน สูบมานาน..... ปี
13. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยนแปลง เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... ก.ก. ลดลง..... ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

14. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด
 โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัส
 ตับอักเสบ หรือไม่ ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็น โปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุเมื่อเริ่มเป็น (ปี)

15. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่
 ไม่เป็น เป็น หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง เป็นโรคเอดส์ (HIV) เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคคอหิอน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาธ
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือท่อน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> คาวานชินโดรม
	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา <small>(ระบุวันที่รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)</small>	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา <small>(หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)</small>

17. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา	เฉพาะสตรี
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์.....ปี.เดือน
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไ้เรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	
	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ		

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

18. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอ็กซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่ได้รับใบสั่งค้น ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

คำถามข้อ 19. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

19. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> เชื้อราโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> ออทิสติก
<input type="checkbox"/> ต่อมนทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น
<input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ	<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> นิ่ว
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ผิคันขูด	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบ หรือถูกบีบคั้น	<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา <small>(ระบุวันที่รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)</small>	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา <small>(หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)</small>

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA) ของผู้อุปถัมภ์

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุ คือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา คือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในกรณีนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้อุปถัมภ์ การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงข้อแสดงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบรูปเล่ม แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-policy) โดยจัดส่งตาม e-mail ที่ให้ไว้ในส่วนที่ 1 ข้อ 2.

หมายเหตุ หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งกรมธรรม์ให้ท่านในรูปแบบรูปเล่ม

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบยูนิคัลลิงค์ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

ทางไปรษณีย์ แบบอิเล็กทรอนิกส์

หมายเหตุ หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งเอกสารให้ท่านทางไปรษณีย์

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้อุปถัมภ์

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้อุปถัมภ์ (กรณีผู้อุปถัมภ์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)