

ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองเงินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า ..... นายชยัน หมั่นเพียร ..... โบราณคดีเลขที่ ..... 9999999999  
รหัสตัวแทน ..... 9999 ..... ชื่อหน่วย ..... — ..... รหัสหน่วย ..... —  
สาขา ..... — .....  
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ ..... — .....  
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ..... — .....  
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ..... สหกรณ์ออมทรัพย์.....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ..... นายภาคเพียร สมหวัง ..... ชื่อและนามสกุลเดิม ..... —  
ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ)..... Mr.Pakpien Somwang  
เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ..... ไทย ..... (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ .....)  
อายุ ..... 30 ..... ปี เกิดวันที่ ..... 30 ..... เดือน ..... มกราคม ..... พ.ศ. .... 2535 ..... เกิดที่ประเทศ..... ไทย .....  
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ ..... — ..... นามสกุล ..... — .....  
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (Passport)  ทะเบียนบ้าน  อื่น ๆ โปรดระบุ .....  
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ ..... — ..... วันหมดอายุ ..... —

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ ..... 36/186 ..... หมู่บ้าน/อาคาร..... — ..... หมู่ที่..... — ..... ตรอก/ซอย..... — .....  
ถนน ..... มอเตอร์เวย์ ..... แขวง/ตำบล ..... คลองสองต้นนุ่น ..... เขต/อำเภอ ..... ลาดกระบัง ..... จังหวัด..... กรุงเทพฯ ..... รหัสไปรษณีย์..... 10520  
ประเทศ..... ไทย ..... โทรศัพท์บ้าน..... — ..... โทรศัพท์มือถือ..... 080-999-9999 ..... อีเมล..... pakpein.som@gmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ทำงาน ..... บมจ.สหประกันชีวิต ..... อาคาร..... เลขที่..... 36/186 ..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน ..... มอเตอร์เวย์ ..... แขวง/ตำบล ..... คลองสองต้นนุ่น ..... เขต/อำเภอ ..... ลาดกระบัง ..... จังหวัด..... กรุงเทพฯ ..... รหัสไปรษณีย์..... 10520  
ประเทศ..... ไทย ..... โทรศัพท์ ..... อีเมล.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (\*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น\*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ)

3. อาชีพประจำ ..... พนักงานบริษัท ..... ตำแหน่ง ..... รองผู้จัดการส่วน ..... ลักษณะงานที่ทำ ..... ธุรการ .....  
ลักษณะธุรกิจ ..... ประกันชีวิต ..... รายได้ต่อปี ..... 500,000 ..... บาท  
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ..... — ..... ตำแหน่ง ..... — ..... ลักษณะงานที่ทำ ..... — .....  
ลักษณะธุรกิจ ..... — ..... รายได้ต่อปี ..... — ..... บาท

4. รายละเอียดสินเชื่อ  
จำนวนเงินกู้ที่ขอกู้หรือจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระ ..... 1,000,000 ..... บาท  
ระยะเวลาผ่อนชำระ ..... 10 ..... ปี อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ ..... 5% ..... ต่อปี

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย  
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย..... ██████████..... ระยะเวลาเอาประกันภัย ..... 10 ..... ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ..... 10 ..... ปี  
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย  ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว  รายปี  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  รายเดือน

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	1,000,000	9,999.00
	เบี้ยประกันภัยรวม	9,999.00

6. รายละเอียดการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอกู้ ..... 9,999.00 ..... บาท  
จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ ..... 9,999.00 ..... บาท  
ชำระเป็น

- เงินสด
  - โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี ..... บมจ.สหประกันชีวิต ..... เลขที่บัญชี ..... 980-6-31634-7 ..... ธนาคาร ..... กรุงเทพ ..... สาขา ..... ศรีนครินทร์
  - เช็ค
  - หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....
  - บัตรเครดิต ..... ชนิด..... ออกโดย.....  
หมายเลขบัตรเครดิต ..... วันที่บัตรหมดอายุ .....
- (โดยผู้ขอเอาประกันภัย ..... ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข.....  
ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)..... เป็นราย .....  
จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร ให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ย  
ประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้)
- อื่น ๆ โปรดระบุ .....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่ ..... AG9999 .....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่  
ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดง  
การรับเงินจากบริษัท

7. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชนหนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นายมุ่งมั่น จดจ้อ	11 111 111 111	17	บุตรชาย	6785 อ.มจ.เต่างอย	100%
				แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง	
				จ.กรุงเทพมหานคร 10920	

สภกให้ข้ดเงิน  
ถ้าเป็น ป้า น้า อา หลาน หรือคนละนามสกุล  
ต้องแนบสำเนาทะเบียนบ้าน+บัตรประชาชน

8. ผู้ขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

\*กรณีที่มีกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4\*

9. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมกรรมประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

\*กรณีที่มีกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4\*

10. ผู้ขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ..... ปี

เลิกเสพเมื่อ .....

11. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

12. ผู้ขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด ..... ปริมาณ ..... แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่ ..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ..... ปี

เลิกดื่ม เมื่อ .....

13. ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบ/ไม่เคย

สูบ/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ ..... มวน ต่อวัน สูบมานาน ..... ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ .....

14. ส่วนสูง ..... 174 ..... ซม. น้ำหนัก ..... 85 ..... กก.  
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้อุปการะกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน  
 โปรระบุ น้ำหนัก  เพิ่มขึ้น ..... กก.  ลดลง ..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง .....

**ส่วนที่ 2** คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้อุปการะกันภัย

15. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้อุปการะกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่  
 ไม่เป็น  
 เป็น ถ้าเป็น โปรระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวผู้อุปการะกันภัยเป็นหรือเคยเป็น.....

**ส่วนที่ 3** คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้อุปการะกันภัย

16. ผู้อุปการะกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ  
 ใช่  ไม่ใช่ โปรระบุรายละเอียด .....

17. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้อุปการะกันภัยเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรระบุ)
<b>ถ้ามีแนบประวัติมาด้วย</b>			

**ส่วนที่ 4** สำหรับผู้อุปการะกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....  
 .....

**ส่วนที่ 5** การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

**1. การรับรองสถานะ**

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี  มี โปรตระบุ
  - ถือสัญชาติอเมริกัน
  - เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
  - ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ไม่เป็น  เป็น  เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็น

โปตระบุเลขที่ ..... วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี  มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ไม่มี  มี

**2. คำรับรอง**

- (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

**ส่วนที่ 6** ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปตระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ..... 111111111111
- ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย และการให้ความยินยอม**

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [[www.sahalife.co.th](http://www.sahalife.co.th) นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [[www.sahalife.co.th](http://www.sahalife.co.th) นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
  - (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้น ได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ).....  
 นายภาคเพียร สมหวัง  
 ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
 ของผู้ขอเอาประกันภัย  
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**ส่วนที่ 8 คำเตือน**

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับผู้เอาประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยและพยาน มิต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
5. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ ..... สหกรณ์ออมทรัพย์.....

**ไม่ต้องระบุวันที่###**

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

(ลงชื่อ) ชย วัฒนเพียร

(..... นายชยัน วัฒนเพียร .....) )

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต  
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) .....

(ลงชื่อ) ภาคเพียร สมหวัง

(..... นายภาคเพียร สมหวัง .....) )

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(.....) )

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
ของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**ถ้ามีการแก้ไขคำผิด ต้องเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง##**

**เอกสารประกอบใช้บัตรประชาชน 1 ชุด**

**หรือใช้บัตรข้าราชการ+สำเนาทะเบียนบ้าน**



ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม

กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง\*

ตามที่ข้าพเจ้า.....**นายภาคเพียร สมหวัง**.....ได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอา

ประกันชีวิต / เอกสารเสนอขาย / บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับ  
บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการ  
ประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ๒ ประเภท ได้แก่

- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

**ข้อควรทราบที่สำคัญ**

๑. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ

๒. \*\*ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย  
ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่  
จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทยับยั้ง ๕๐๐ บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยสมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอา  
ประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิ  
ในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้

๓. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้น  
ระยะเวลาตาม ข้อ ๒. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่า  
กรรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอา  
ประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. ๐๒-๕๑๕-๓๕๘๖-๘ หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. ๑๑๘๖

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดย  
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

..... ลงนาม

.....**ลายเซ็นต์**..... ลงนาม

( )

( )

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้เอาประกันภัย

วันที่.....**ไม่ต้องระบุวันที่**.....น.

**หมายเหตุ**

\* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตาม  
จำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

\*\* คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัย