

ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทสามัญ (อายุตั้งแต่ 16 ปี)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____
 ชื่อตัวแทน / นายหน้า _____
 ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัส _____
 ผู้บริหารตัวแทน _____ รหัส _____

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
 2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาเลนเจอร์อิมเมอร์ตีวเวอร์ 2
 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ แบบตรวจสอบสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย _____ เพศ ชาย หญิง
 (ชื่อ-นามสกุลเดิม _____) เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่นๆ _____
 เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____
 ชื่อ ภรรยา/สามี _____

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
 แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ข. ชื่อสถานที่ทำงาน _____ อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
 ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ค. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
 แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน อีเมล _____
 โทรศัพท์บ้าน ไม่มี มี ระบุ _____ โทรศัพท์มือถือ ไม่มี มี ระบุ _____
 โทรศัพท์ที่ทำงาน ไม่มี มี ระบุ _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ _____

3. อาชีพประจำ

ตำแหน่ง _____	อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) _____
ลักษณะงานที่ทำ _____	ตำแหน่ง _____
ลักษณะธุรกิจ _____	ลักษณะงานที่ทำ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท	ลักษณะธุรกิจ _____
	รายได้ต่อปี _____ บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ ความสัมพันธ์ _____
 อาชีพประจำ _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท
 ที่อยู่ปัจจุบัน _____

โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุค่าน้ำหนัก ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

5.1 แบบประกันภัยและความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
แบบประกันภัย _____ ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี		
เบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ(ถ้ามี) เนื่องจาก		
สัญญาเพิ่มเติม		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
เบี้ยประกันภัยรวม		

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ราย 12 เดือน ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน ราย 1 เดือน ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

แบบประกันภัยชนิด ไม่มีเงินปันผล มีเงินปันผล

กรณีมีเงินคืนตามสัญญา / เงินปันผล ขอเลือกรับเป็น (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง บริษัทฯ จะจ่ายเป็นเช็ค)

<input type="checkbox"/> รับเป็นเช็ค	<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่ _____ (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์)	<input type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม (เฉพาะแบบประกันที่บริษัทรับสะสมเท่านั้น)
--------------------------------------	---	---

5.2 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ _____ บาท ไปรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงิน เลขที่ _____

ชำระเป็น เงินสด โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ (แนบใบ pay-in) เช็คธนาคาร _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____

บัตรเครดิต เลขที่ _____ ชื่อเจ้าของบัตร _____

ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			สุขภาพ	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ
 ถ้าเสพ/เคยเสพ ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี เลิกเสพ เมื่อ _____

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม
 ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี เลิกดื่ม เมื่อ _____

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี เลิกสูบ เมื่อ _____

12. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 ถ้าเปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....กก. ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

ส่วนสูง _____ ซม.
น้ำหนัก _____ กก.

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบ้างหรือไม่
 ไม่เป็น เป็น โปรดระบุรายละเอียด _____

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

14. ภรรยา / สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบ้างหรือไม่
 ไม่เป็น เป็น หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง เป็นโรคเอดส์ (HIV) เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ้าง

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
 หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา <input type="checkbox"/> โรคต้อหิน <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน <input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม <input type="checkbox"/> โรคชัก <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง <input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน <input type="checkbox"/> ม้ามโต <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ <input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย <input type="checkbox"/> โรคจิต <input type="checkbox"/> โรคประสาท <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

16. ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
 หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ท้องมาน <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง <input type="checkbox"/> จำเลือด <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	เฉพาะสตรี <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน	

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน <input type="checkbox"/> นิ่ว <input type="checkbox"/> อุ้งน้ำดีอักเสบ <input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร <input type="checkbox"/> ฝีฝีคัฒสูตร	<input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/> ออทิสติก <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หรือ)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มีโปรตระกูล ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรตระกูลหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา (US TIN) _____

2. คำยินยอมและข้อตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 6 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรตระกูลเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ - - - -
- ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันยินยอมแปลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา / มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีมีการแก้ไข ชัดช้า ชุลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่