

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

## ใบคำขอเอาประกันชีวิต กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบควบการลงทุน

ชื่อ/รหัส ผู้ติดต่อกับผู้ลงทุนได้รับความเห็นชอบ

1.  /   
2.  /

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ  
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา  
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย  เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ   
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า อายุ  ปี เกิดวันที่  เดือน  พ.ศ.   
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ   
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่

#### 2. โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ

ก. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่สำหรับติดต่อ และส่งเอกสารสำคัญ)

เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร   
ซอย, ถนน  ตำบล/แขวง   
อำเภอ/เขต  จังหวัด  รหัสไปรษณีย์

ข. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ใช้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร   
ซอย, ถนน  ตำบล/แขวง   
อำเภอ/เขต  จังหวัด  รหัสไปรษณีย์

ค. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

โทรศัพท์  โทรศัพท์มือถือ

ง. อีเมล

หมายเหตุ ท่านจะได้รับทราบข้อมูล/ข่าวสารจากทางบริษัทฯ ผ่านทางอีเมล

3. อาชีพประจำ/ตำแหน่ง   
ลักษณะงานที่ทำ   
รายได้ต่อปี  บาท  
สถานที่ทำงาน   
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)   
ลักษณะงานที่ทำ   
รายได้ต่อปี  บาท  
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

#### 4. คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) หรือผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ชำระ เบี้ยประกันภัยด้วยตัวเอง

ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  ระบุความสัมพันธ์   
ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เกิดวันที่  เดือน  พ.ศ.  อายุ  ปี เพศ  ชาย  หญิง  
สัญชาติ  สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ   
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่   
รายได้ต่อปี  บาท  
โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
  
  
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์

## 5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

การประกันภัยแบบควบการลงทุน แบบ  แบบประกันชีวิตควบการลงทุน

อื่นๆ

ระยะเวลาเอาประกันภัย  ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย  ปี

จำนวนเงินเอาประกันภัย  บาท

จำนวนเบี้ยประกันภัยหลักเพื่อความคุ้มครองรายงวด  บาท

จำนวนเบี้ยประกันภัยเพื่อการลงทุนรายงวด  บาท

สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## คำถามในส่วนของการลงทุน

การจัดสรรสัดส่วนการลงทุน สามารถเลือกอัตราร้อยละที่ต้องการลงทุนในแต่ละกองทุนเป็นจำนวนเต็ม (ไม่มีทศนิยม)

ลำดับ	ชื่อกองทุน	ร้อยละ	ลำดับ	ชื่อกองทุน	ร้อยละ
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>
รวมทั้งสิ้น					<input type="text"/>

### หมายเหตุ :

- อัตราร้อยละขั้นต่ำของแต่ละกองทุน ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมา เมื่อรวมการจัดสรรเบี้ยประกันภัยทุกกองทุนแล้ว จะต้องเท่ากับร้อยละ 100
- เบี้ยประกันภัยที่นำไปลงทุน หมายถึงเบี้ยประกันภัยหลังหักค่าธรรมเนียมกรมธรรม์แล้ว
- บริษัทจะนำเบี้ยประกันภัยหลังหักค่าธรรมเนียมไปลงทุนภายใน 3 วันทำการ นับจากวันที่บริษัทได้รับการชำระเบี้ยประกันภัย และอนุมัติกรมธรรม์
- กรณีที่บริษัทได้รับการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสด และได้รับใบคำขอเอาประกันภัยก่อนเวลา 14.00 น. บริษัทจะนำเบี้ยประกันภัยเพื่อนำไปลงทุนเพื่อซื้อหน่วยลงทุนภายใน 2 วันทำการถัดไป (T+2) โดย T หมายถึงวันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและรับชำระค่าเบี้ยประกันภัยครบเต็มจำนวน (กรณีรับชำระเป็นเช็ค T หมายถึงวันที่บริษัทได้รับแจ้งยืนยันการเคลียร์ริงเช็คจากธนาคาร)
- กรณีที่บริษัทได้รับเบี้ยประกันภัย (หรือการแจ้งเคลียร์ริงจากธนาคาร) และเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนหลังเวลา 14.00 น. ให้ถือว่า T คือวันทำการถัดไป ทั้งนี้ หากวันที่จะซื้อหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทจะทำการซื้อหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำรายการได้

## 6. ข้อมูลการชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินคืน / เงินปันผล

6.1 จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยนี้  บาท ได้รับใบรับเงินชั่วคราวเลขที่   
ชำระเป็น  เงินสด  อื่นๆ (โปรดระบุ)

กรณีที่เลือกงวดการชำระเบี้ยฯ เป็นรายเดือน จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะเท่ากับ 2 เดือน

**คำเตือน** หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

6.2 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

การชำระเบี้ยประกันภัย  ชำระเบี้ยครั้งเดียว

รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี

หากเลือกงวดการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือน จะต้องชำระเบี้ยประกันภัยงวดถัดไปด้วยการหักบัญชีอัตโนมัติเท่านั้น

6.3 การรับเงินจากการขายคืนบางส่วน หรือปิดกรมธรรม์

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี  ธนาคาร

สาขา  บัญชีประเภท

**7. น้ำหนัก / ส่วนสูง**

กรณีที่ผู้ขอประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณากรอกรายละเอียดในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

		ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
กรุณาระบุส่วนสูง และน้ำหนัก ของท่าน	ส่วนสูง (เมตร)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่	เพิ่มขึ้น (กิโลกรัม)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ลดลง (กิโลกรัม)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง	<input type="text"/>	<input type="text"/>
โปรดระบุสาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**8. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)**

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) ผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลเดียวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ฉะนั้นไม่ต้องระบุผู้รับประโยชน์

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	ผู้ขอเอาประกันภัย		ถ้า “ใช่/เคย” โปรดระบุรายละเอียด
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ท่านสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุชนิด ปริมาณการสูบต่อวัน และจำนวนปีที่สูบบุหรี่ ถ้าท่านหยุดสูบบุหรี่แล้ว โปรดระบุวัน เดือน ปีที่เลิกสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ถ้าใช่ กรุณาระบุชนิดเครื่องดื่ม และปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ถ้าใช่ กรุณาระบุชนิด ปริมาณการเสพ ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์) และจำนวนปีที่เสพ ถ้าท่านเลิกเสพแล้ว โปรดระบุวันเดือนปีที่เลิกเสพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด

บริษัท	เลขที่กรมธรรม์	ประเภทความคุ้มครอง (ชีวิต/โรคร้ายแรง/อุบัติเหตุ)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	สถานะกรมธรรม์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

กรณีนี้ที่ผู้ขอประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ ใดๆอย่างหนึ่ง โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรคตามรายการดังต่อไปนี้หรือไม่					
15.1 โรคความดันโลหิตสูง, โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดในสมอง, โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคเลือด, ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.2 โรคมะเร็ง, โรคต่อมน้ำเหลืองโต, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.3 โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคไต, โรคถุงลมโป่งพอง, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ, โรคปอดหรือปอดอักเสบ, โรคหอบหืด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคสายตาสั้น, โรคจอประสาทตา, ต้อหิน, โรคชัก, โรคพาร์กินสัน, โรคความจำเสื่อม, พิการทางร่างกาย, โรคซึมเศร้า, โรคจิต, โรคประสาท, ดาวน์ซินโดรม, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคตีขี้หนู, โรคไทรอยด์, โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.4 โรคข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์, โรคหนังแข็ง, โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.5 โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง, กามโรค (ภายใน 2 ปี), โรควัณโรค, โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ, การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมบิดา และ/หรือ มารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่					
18.1 เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, เหนื่อยง่ายผิดปกติ, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ, ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก, จำเผลอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.2 คลำพบก้อนเนื้อ, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.3 การมองเห็นผิดปกติ, เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง, มีพัฒนาการช้า, ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด, ท้องมาน, ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.4 ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.5 ไอเรื้อรัง, ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่					
19.1 อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.2 น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.3 ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.4 ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.5 โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เฉพาะสตรี (อายุ 10 ปีขึ้นไป เท่านั้น)**

	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		ถ้า "ใช่" โปรดระบุรายละเอียด
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
20. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ หากใช่ โปรดระบุอายุครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. สำหรับสตรีมีครรภ์ ท่านมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์หรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรืออื่น ๆ ถ้าไม่มี กรุณาระบุ N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง ของผู้ขอเอาประกันภัย**

	ผู้ขอเอาประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษ การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษ
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
22. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจาก แพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการต่อไปนี้หรือไม่			
22.1 ต่อมทอนซินอักเสบเรื้อรัง, กรดไหลย้อน, นิ้ว, ถุงน้ำดีอักเสบ, ไส้เลื่อน, ริดสีดวงทวาร, ฝีคันทูด, ภูมิแพ้, ไชน์สอักเสบ, ออทิสติก, หลอดลมอักเสบเรื้อรัง, ติดเชื้อในหูชั้นกลาง, ปวดศีรษะไมเกรน, สมานิลัน, เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.2 กระดูกสันหลังเคลื่อน, หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือ ทับเส้นประสาท, ข้อเสื่อม, เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง, เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

23. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)


**ส่วนที่ 5 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)**

**1. การรับรองสถานะ**

- ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
  - ไม่มี
  - มี โปรดระบุ
    - ถือสัญชาติอเมริกัน
    - เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
    - ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
  - ไม่เป็น
  - เป็น
  - เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
  - ไม่มี
  - มี
- ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
  - ไม่มี
  - มี

**2. คำยินยอมและตกลง**

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

- ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
  - 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแล การปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
  - 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
  - 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

## ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

## ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา **มูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ ซึ่งมีค่าเท่ากับมูลค่ารับซื้อคืนหน่วยลงทุน หักด้วยค่าธรรมเนียมในการถอนเงินจากกรมธรรม์ (ถ้ามี) รวมถึงค่าประกันภัยตามจำนวนวัน ที่ยังมีได้ให้ความคุ้มครอง (ถ้ามี)**
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาร้องขอใบรับเงินชั่วคราวที่ออกโดย บริษัท กรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทุกครั้งที่ท่านชำระเบี้ยประกัน
4. กรณีชำระเบี้ยประกันด้วยเช็ค ท่านต้องสั่งจ่ายให้ "บริษัท กรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)" เท่านั้น จึงจะถือเป็นการชำระเบี้ยประกันตามกฎหมาย

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

ลงชื่อ   
(  )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ   
(  )

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

## สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. ชื่อตัวแทน/นายหน้า   
รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต
2. ชื่อตัวแทน/นายหน้า   
รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต