

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

## ใบคำขอเอาประกันชีวิต กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบควบการลงทุน

(ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น แบบไม่ตรวจสุขภาพ)

ชื่อ/รหัส ผู้ติดต่อกับผู้ลงทุนได้รับความเห็นชอบ

1.  /   
2.  /

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ  
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา  
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

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

### 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 จำนวนเบี้ยประกันภัย  บาท

### 6. ข้อมูลการชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินคืน / เงินปันผล

6.1 จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยนี้  บาท ได้รับใบรับเงินชั่วคราวเลขที่   
ชำระเป็น  เงินสด  บัตรเครดิต (เฉพาะที่ชำระเป็นรายงวด)

กรณี que เลือกงวดการชำระเบี้ยฯ 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. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) ผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลเดียวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ฉะนั้นไม่ต้องระบุผู้รับประโยชน์

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

### ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

8. ท่านมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ  ใช่  ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด)

9. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจหรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล แพทย์ ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และวันเดือนปี)

### ส่วนที่ 3 คำถามในส่วนของการลงทุน

10. การจัดสรรสัดส่วนการลงทุน สามารถเลือกอัตราร้อยละที่ต้องการลงทุนในแต่ละกองทุนเป็นจำนวนเต็ม (ไม่มีทศนิยม)

ลำดับ	ชื่อกองทุน	ร้อยละ	ลำดับ	ชื่อกองทุน	ร้อยละ
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		
รวมทั้งสิ้น					

**หมายเหตุ :**

1. อัตราร้อยละขั้นต่ำของแต่ละกองทุน ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ของเบี้ยประกันภัย เมื่อรวมการจัดสรรเบี้ยประกันภัยทุกกองทุนแล้ว จะต้องเท่ากับร้อยละ 100
2. เบี้ยประกันภัยที่นำไปลงทุน หมายถึงเบี้ยประกันภัยหลังหักค่าธรรมเนียมกรมธรรม์แล้ว
3. บริษัทจะนำเบี้ยประกันภัยหลังหักค่าธรรมเนียมกรมธรรม์ไปลงทุนภายใน 3 วันทำการ นับจากวันที่บริษัทได้รับการชำระเบี้ยประกันภัย และอนุมัติกรมธรรม์
4. กรณีที่บริษัทได้รับการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสด และได้รับใบคำขอเอาประกันภัยก่อนเวลา 14.00 น. บริษัทจะนำเบี้ยประกันภัยเพื่อนำไปลงทุนเพื่อซื้อหน่วยลงทุนภายใน 2 วันทำการถัดไป (T+2) โดย T หมายถึงวันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและรับชำระค่าเบี้ยประกันภัยครบเต็มจำนวน (กรณีรับชำระเป็นเช็ค T หมายถึงวันที่บริษัทได้รับแจ้งยืนยันการเคลียร์ริงเช็คจากธนาคาร)
5. กรณีที่บริษัทได้รับเบี้ยประกันภัย (หรือการแจ้งเคลียร์ริงจากธนาคาร) และเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนหลังเวลา 14.00 น. ให้ถือว่า T คือวันทำการถัดไป ทั้งนี้ หากวันที่จะซื้อหน่วยลงทุนเป็นวันหยุดของกองทุนใด บริษัทจะทำการซื้อหน่วยลงทุนของกองทุนนั้นในวันทำการถัดไปที่สามารถทำการได้

**ส่วนที่ 4 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 5 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 ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลง ให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

1. ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
2. ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
3. ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้นี้ หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงิน ใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธ การรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทาง ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผย ข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการ กู้กับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ [ ] วัน [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา **มูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ ซึ่งมีค่าเท่ากับมูลค่ารับซื้อคืนหน่วยลงทุน หักด้วย ค่าธรรมเนียมในการถอนเงินจากกรมธรรม์ (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 จึงจะถือเป็นการชำระเบี้ย ประกันตามกฎหมาย

ลงชื่อ [ ]  
( [ ] )  
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต  
[ ]  
รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต  
รหัสพนักงาน [ ]

ลงชื่อ [ ]  
( [ ] )  
ผู้ขอเอาประกันภัย  
ลงชื่อ [ ]  
( [ ] )  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
 บิดา/มารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. สาขา	รหัส	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	ชื่อสาขา	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
2. ภาค / กลุ่ม	รหัส	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	ชื่อภาค / กลุ่ม	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
3. เขต	รหัส	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	ชื่อเขต	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
4. ผู้แนะนำบริการ	รหัส	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	ชื่อ-นามสกุล	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
5. ผู้จัดการสาขา	รหัส	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	ชื่อ-นามสกุล	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
6. เจ้าหน้าที่บริการทางการเงิน รหัส	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	ชื่อ-นามสกุล	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	