



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 9 ชั้น 1, 20-27

ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159

ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยประเภทสามัญชนิดทั่วไป แบบประกัน

แบบไม่ต้องตรวจสุขภาพ

ทั่วไป

แบบตรวจสุขภาพ

ยูนิเวอร์แซลไลฟ์ (UL)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย เพศ ชาย หญิง สัญชาติ
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ
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

อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)

ลักษณะงานที่ทำ

รายได้ต่อปี บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

4. คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) หรือผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตัวเอง

ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ระบุความสัมพันธ์

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

สัญชาติ สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่

รายได้ต่อปี บาท

โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

แบบประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> 12 พีแอล (85/12)	12PL	<input type="checkbox"/> โรคร้ายแรง	DCI
<input type="checkbox"/> 25 พีแอล (90/25)	25PL	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ	AP
<input type="checkbox"/> ทวีทรัพย์	25PG	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุค่ารักษา	ECARE
<input type="checkbox"/> สมาร์ท เซฟเวอร์	20SS	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลพิเศษ	MEA+
<input type="checkbox"/> สิ้นเกษียณ	PR60	<input type="checkbox"/> ชดเชยรายวัน	MEB
<input type="checkbox"/> ชั่วระยะเวลา <input type="text"/> ปี (5,10,12,15)	PLB	<input type="checkbox"/> ชั่วระยะเวลา <input type="text"/> ปี (5,10,12,15)	PLS
<input type="checkbox"/> โอโพเทค 5	5WL85	<input type="checkbox"/> ยกเว้นเบี้ยประกันภัย	WP
<input type="checkbox"/> โอโพเทค 10	10WL85	<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์บรรณกรรมผู้ชำระเบี้ย	WPD01
<input type="checkbox"/> โอโพเทค 85	WLNP85	<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ย	WPDD01
<input type="checkbox"/> โลฟเลกาซี 60 (ชนิดไม่มีเงินปันผล)	WLNP60L	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	CPR
<input type="checkbox"/> โลฟเลกาซี 99 (ชนิดไม่มีเงินปันผล)	WLNP99L	<input type="checkbox"/> ชดเชยรายวันสำหรับโรคมะเร็ง	HIC
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 05	WLCI05	<input type="checkbox"/> ยกเว้นเบี้ยจากโรคมะเร็ง	WPC
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 10	WLCI10	<input type="checkbox"/> ไอชยาด์ เฮลท์ โพรเทคชั่น	MEJ8B64
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 15	WLCI15	<input type="checkbox"/> สมาร์ท เมดิแคร์ คิดส์	MEK
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 20	WLCI20	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> โอรีโทร์ ซิงเกิ้ล เพย์	R01	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> โอรีโทร์ 5 เพย์	R05	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

แบบประกันโพลัส

สัญญาหลักโพลัส IPLUS จำนวนเงินเอาประกันภัย

สัญญาเพิ่มเติม	
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ AP10IP (เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลัก)	จำนวนเงินเอาประกันภัย <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง TC10IP (50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลัก)	จำนวนเงินเอาประกันภัย <input type="text"/>

แบบประกันคุ้มครองโรคร้ายแรงเริ่มต้น (ESCI)

สัญญาหลักโอโพเทค 85 WLNP85 จำนวนเงินเอาประกันภัย

สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ยกเว้นเบี้ยโรคร้ายแรง
<input type="checkbox"/> ES (5..., 50) WP (แบบสมัครเดี่ยวไม่มีส่วนลด)	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 1,000,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 2,500,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000 <input type="checkbox"/> 5,000,000	<input type="checkbox"/> WPE
<input type="checkbox"/> ES (5..., 50) WPD (แบบครอบครัวและมีส่วนลด)	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 1,000,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 2,500,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000 <input type="checkbox"/> 5,000,000	<input type="checkbox"/> WPD

แบบประกันภัยคุ้มครองชีวิตและสุขภาพ เฟลคซี เฮลท์ (จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 200,000 บาท)

คุ้มครองชีวิตสุขภาพ 85 (ชนิดไม่มีเงินปันผล) FWLNP85

แผนประกันสุขภาพเฟลคซี เฮลท์ สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี

สุขภาพแผนหลัก (ผู้ป่วยในแบบพื้นฐาน) (เลือกได้ 1 ช่อง) สุขภาพแผนเพิ่มเติม เลือกได้ 1 ช่อง

<input type="checkbox"/> แผนสมาร์ท คิดส์	<input type="checkbox"/> สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยนอก
<input type="checkbox"/> แผนโกลด์ คิดส์	<input type="checkbox"/> สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยในแบบเต็มเต็ม และสุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยนอก

แผนประกันสุขภาพเฟลคซี เฮลท์ แบบเลือกได้ สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ถึง 80 ปี

สุขภาพแผนหลัก (ผู้ป่วยในแบบพื้นฐาน) (เลือกได้ 1 ช่อง) สุขภาพแผนเพิ่มเติม เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง

<input type="checkbox"/> แผนสมาร์ท (ไทย) <input type="checkbox"/> แผนซิลเวอร์ (ไทย)	<input type="checkbox"/> สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยในแบบเต็มเต็ม
<input type="checkbox"/> แผนโกลด์ (ไทย) <input type="checkbox"/> แผนโกลด์ (เอเชีย)	<input type="checkbox"/> สุขภาพแผนเพิ่มเติมผู้ป่วยนอก

แผนประกันสุขภาพเฟลคซี เฮลท์ แบบสำเร็จรูป สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 ถึง 80 ปี

แผนไดมอนด์	อาณาเขตคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> เอเชีย <input type="checkbox"/> ทั่วโลกยกเว้นสหรัฐอเมริกา	<input type="checkbox"/> ทั่วโลก
แผนแพลทินัม	อาณาเขตคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> เอเชีย <input type="checkbox"/> ทั่วโลกยกเว้นสหรัฐอเมริกา	<input type="checkbox"/> ทั่วโลก

6. ข้อมูลการชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินคืน/เงินปันผล

จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยนี้ บาท ได้รับใบรับเงินชั่วคราวเลขที่

ชำระเป็น เงินสด เช็ค บัตรเครดิต

กรณีเลือกการประกันแบบ (โปรดระบุจำนวนเบี้ยประกันภัยหลัก และจำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ)

จำนวนเบี้ยประกันภัยหลัก (Regular Premium) ที่ต้องชำระงวดละ บาท (รายปีขั้นต่ำ 15,000 บาทต่องวด)

จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ (Top-Up Premium) ที่ต้องชำระพร้อมเบี้ยประกันภัยหลัก บาท

(ขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อครั้ง สูงสุดไม่เกินเบี้ยประกันภัยหลักต่อปี)

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญา เลือก ขอรับเป็นเงินสด นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับบริษัท

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

7. น้ำหนัก/ส่วนสูง

กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณากรอกรายละเอียดในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

		ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
กรณาระบุส่วนสูง 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		
โปรดระบุสาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง		<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ 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 หรือการขอลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ท่านสูบ หรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุชนิด ปริมาณการสูบต่อวัน และจำนวนปีที่สูบ ถ้าท่านหยุดสูบแล้ว โปรดระบุวัน เดือน ปีที่เลิกสูบ	<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

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีที่คุณเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี)

และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างไม่อย่างหนึ่งโปรดระบุ 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 โรคสายตาดำมืด จอประสาทตา ต้อหิน โรคชัก โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม พิการทางร่างกาย โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคประสาท ดาวนิซินโดรม โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคตีชาน 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 หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ 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 หรือไวรัสตับอักเสบ หรือไม่	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง ของผู้ขอเอาประกันภัย

	ผู้ขอเอาประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ ใดๆอย่างหนึ่ง โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษารักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษารักษา
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
22. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยได้จากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการต่อไปนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.1 โรคต่อมทอนซินอักเสบเรื้อรัง โรคกรดไหลย้อน โรคนิ่ว โรคถุงน้ำดีอักเสบ โรคไส้เลื่อน โรคริดสีดวงทวาร ผิคันทสุตร โรคภูมิแพ้ โรคไซนัสอักเสบ โรคคอทิสติก โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคติดเชื้อในหูชั้นกลาง โรคปวดศีรษะไมเกรน โรคสมาธิสั้น เยื่อบุจมูกเจริญผิดปกติ			
22.2 โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท โรคข้อเสื่อม โรคเส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง โรคเส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ	<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

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

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ 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 ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ
()

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต

รหัสพนักงาน

ลงชื่อ
()

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|
| 1. สาขา | รหัส <input type="text"/> | ชื่อสาขา | <input type="text"/> |
| 2. ภาค / กลุ่ม | รหัส <input type="text"/> | ชื่อภาค / กลุ่ม | <input type="text"/> |
| 3. เขต | รหัส <input type="text"/> | ชื่อเขต | <input type="text"/> |
| 4. ผู้แนะนำบริการ | รหัส <input type="text"/> | ชื่อ-นามสกุล | <input type="text"/> |
| 5. ผู้จัดการสาขา | รหัส <input type="text"/> | ชื่อ-นามสกุล | <input type="text"/> |
| 6. เจ้าหน้าที่บริการทางการเงิน รหัส | <input type="text"/> | ชื่อ-นามสกุล | <input type="text"/> |