



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 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

(สำหรับช่องทางธนาคาร)

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

**ใบคำขอเอาประกันชีวิต
 กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบควบการลงทุน**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน
 ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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. โปรดระบุ (สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ __ ที่อยู่ปัจจุบัน __ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)

ก. ที่อยู่ปัจจุบัน
 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 ท่านจะได้รับทราบข้อมูลข่าวสารจากทางบริษัทฯ ผ่านทางอีเมล

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์จากบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (บริษัทฯ) ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ตามที่อยู่อีเมล ที่ระบุไว้ในส่วนที่ 1 ข้อ 2 ง. ของใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ โดยข้าพเจ้ารับทราบว่า

(ก) ข้าพเจ้าจะได้รับกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ โดยผ่านทางที่อยู่อีเมลที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้เท่านั้นและจะไม่ได้รับเล่มกรมธรรม์ผ่านช่องทางอื่นแต่อย่างใด

(ข) บริษัทฯ จะยึดถือวันที่กรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์เข้าสู่ระบบอีเมลของข้าพเจ้า เป็นวันที่ได้รับกรมธรรม์

(ค) ข้าพเจ้าสามารถขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ได้ภายในระยะเวลา 15 วัน นับจากวันที่ได้รับกรมธรรม์และ

(ง) หากบริษัทฯ ไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ไปยังที่อยู่อีเมลที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้ ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ทางบริษัทฯ มีสิทธิในการจัดส่งกรมธรรม์เป็นแบบเล่มกรมธรรม์แทน โดยจัดส่งให้แก่ข้าพเจ้าตามที่อยู่ปัจจุบันที่ข้าพเจ้าได้ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย

คำแนะนำ

1. ผู้เอาประกันภัยควรจัดเก็บกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย

2. ผู้เอาประกันภัยควรส่งต่อกรมธรรม์อิเล็กทรอนิกส์ให้กับบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง

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

โปรตรระบุนสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

แบบประกันชีวิต ควบการลงทุน	เบี้ยประกันภัย	เบี้ยประกันภัยหลัก เพื่อความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยเพื่อการ ลงทุนรายงวด (ถ้ามี)	เบี้ยประกันภัยเพื่อการ ลงทุนเพิ่มเติมพิเศษ (ถ้ามี)
<input type="checkbox"/> แบบประกัน iInvest	<input type="text"/>			

<input type="checkbox"/> แบบประกัน iWealthy		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
---	--	----------------------	----------------------	--

<input type="checkbox"/> แบบประกัน iLink		<input type="text"/>		<input type="text"/>
--	--	----------------------	--	----------------------

สัญญาเพิ่มเติมที่แนบพร้อมใบคำขอนี้ (สำหรับแบบประกัน iLink เท่านั้น)

สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)/ผลประโยชน์	เบี้ยประกันภัย (บาท)
<input type="checkbox"/> CriticalLink (คุ้มครองโรคร้ายแรง)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> TPDLink (คุ้มครองการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง)	<input type="text"/>	

**การจัดสรรการลงทุน (Investment Allocation) สำหรับเบี้ยประกันภัย, เบี้ยประกันภัยหลักเพื่อความคุ้มครองและ
เบี้ยประกันภัยเพื่อการลงทุนรายงวด** ต้องการจัดสรรสัดส่วนการลงทุนตามรายละเอียด ดังนี้

(สำหรับแบบประกัน iWealthy เบี้ยประกันภัยหลักเพื่อความคุ้มครอง และเบี้ยประกันภัยเพื่อการลงทุนรายงวดจะต้องจัดสรรสัดส่วนการลงทุนเดียวกัน)

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"/>

การจัดสรรการลงทุน (Investment Allocation) สำหรับเบี้ยประกันภัยเพื่อการลงทุนเพิ่มเติมพิเศษ (สำหรับแบบประกัน iLink เท่านั้น)

- ต้องการการลงทุนตามการจัดสรรการลงทุนสำหรับเบี้ยประกันภัยหลักเพื่อความคุ้มครอง
- ต้องการกำหนดการจัดสรรการลงทุนเบี้ยประกันภัยเพื่อการลงทุนเพิ่มเติมพิเศษเป็นการเฉพาะ สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยครั้งนี้เท่านั้น ดังนี้

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: โปรตรระบุนสัดส่วนการลงทุนในแต่ละกองทุนเป็นจำนวนเต็ม (ไม่มีทศนิยม) ทั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 และรวมกันแล้วเท่ากับร้อยละ 100

6. ข้อมูลการชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินคืน / เงินปันผล

6.1 จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ บาท ได้รับใบรับเงินชั่วคราวเลขที่
 ชำระเป็น เงินสด บัตรเครดิต อื่น ๆ (โปรดระบุ) (ไม่รับชำระผ่าน.....)

กรณีที่เลือกงดการชำระเบี้ยฯ เป็นรายเดือน จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้จะเท่ากับ 2 เดือน
ค่าเดือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

6.2 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

การชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยครั้งเดียว
 รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี

หากเลือกงดการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นรายเดือน จะต้องชำระเบี้ยประกันภัยงวดถัดไปด้วยการหักบัญชีอัตโนมัติเท่านั้น

6.3 การรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ / การถอนเงินจากกรมธรรม์ / การเวนคืนกรมธรรม์

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี ธนาคาร
 สาขา บัญชีประเภท

โอนเงินเข้าบัญชีพร้อมเพย์เลขบัตรประจำตัวประชาชน (PromptPay ID) ตามเลขประจำตัวบัตรประชาชนที่ให้ไว้ใน “ส่วนที่ 1 ข้อ 1” ของ
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตฉบับนี้

หมายเหตุ: ในกรณีที่ไม่ได้เลือกวิธีการรับเงินในข้อ 6.3 ทางบริษัทฯ ขอดำเนินการคืนเงินทุกประเภทผ่านช่องทางพร้อมเพย์
 ทั้งนี้ หากบริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินทุกประเภทเข้าพร้อมเพย์ได้ บริษัทฯ จะจ่ายเงินตามวิธีปกติของบริษัทฯ

7. น้ำหนัก / ส่วนสูง

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

8. ผู้รับประกัน (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกัน ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) ผู้รับประกันเป็นบุคคลเดียวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ฉะนั้นไม่ต้องระบุผู้รับประกัน

ชื่อและนามสกุลผู้รับประกัน	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"/>

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

	ผู้ขอเอาประกันภัย		ถ้า “ใช่/เคย” โปรดระบุรายละเอียด
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม 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 โปรดระบุ 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 โปรดระบุเดือนปีที่เลิกเสพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด

ประเภทความคุ้มครอง (ชีวิต/โรคร้ายแรง/อุบัติเหตุ)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	สถานะกรมธรรม์

	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		กรณีตอบว่า เคย โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษารักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	
15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรคตามรายการดังต่อไปนี้หรือไม่					
15.1 โรคความดันโลหิตสูง, โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดในสมอง, โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคเลือด, ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15.2 โรคมะเร็ง, โรคต่อมไทรอยด์, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15.3 โรคตับอ่อนอักเสบ, โรคไต, โรคถุงลมโป่งพอง, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ, โรคปอดหรือปอดอักเสบ, โรคหอบหืด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, สายตาพิการ, โรคจอประสาทตา, โรคต้อหิน, โรคชัก, โรคพาร์กินสัน, โรคความจำเสื่อม, พิการทางร่างกาย, โรคซึมเศร้า, โรคจิต, โรคประสาท, ดาวน์ซินโดรม, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, ตีชาน, โรคไทรอยด์, โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15.4 โรคข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์, โรคหนังแข็ง, โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15.5 โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง, โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี), โรควัณโรค, โรคพิษสุราเรื้อรัง	<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"/>			

	ผู้ขอเอา ประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ย ประกันภัย		กรณีตอบว่า ใช่ โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
17. บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมบิดา และ/หรือ มารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือไวรัสตับอักเสบบี หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่					
18.1 เจ็บหรือแน่นหน้าอก, ใจสั่น, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, เหนื่อยง่ายผิดปกติ, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ, ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก, จำเผลอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18.2 คลำพบก้อนเนื้อ, ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18.3 การมองเห็นผิดปกติ, เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง, มีพัฒนาการช้า, ปวดท้องเรื้อรัง, อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด, ท้องมาน, ท้องเสียเรื้อรัง, มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18.4 ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18.5 ไอเรื้อรัง, ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่					
19.1 อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19.2 น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19.3 ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19.4 ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19.5 โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เฉพาะสตรี (อายุ 10 ปีขึ้นไป เท่านั้น)

	ผู้ขอเอา ประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ย ประกันภัย		ถ้า “ใช่” โปรดระบุรายละเอียด
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
20. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ หากใช่ โปรดระบุอายุครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21. สำหรับสตรีมีครรภ์ ท่านมีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์หรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรืออื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง ของผู้ขอเอาประกันภัย

	ผู้ขอเอาประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างไรก็ดีอย่างไร โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
22. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการต่อไปนี้หรือไม่			
22.1 ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง, กรดไหลย้อน, นิ่ว, ภาวะน้ำต้ออักเสบ, ไซ้เลื่อน, ริดสีดวงทวาร, ฟันคุด, ภูมิแพ้, ไช้ส้นอักเสบ, ออทิสติก, หลอดลมอักเสบเรื้อรัง, ติดเชื้อในหูชั้นกลาง, ปวดศีรษะไมเกรน, สมารถิสัน, เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.2 กระดูกสันหลังเคลื่อน, หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท, 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 กรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในกรณีนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแล การปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมายประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัท ต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศ สหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมายประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันอันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้า เข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผย ข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการ กากับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

คำเตือน

ข้อความหมายเหตุ

- ผลัดกันชั่งน้ำหนักการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนขึ้นอยู่กับผลการดำเนินงานของกองทุนรวมที่ผู้เอาประกันภัยได้เลือกลงทุนไว้ การลงทุนในกองทุนรวมมีความเสี่ยง โดยผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เลือกลงทุนในกองทุนรวมเพื่อวัตถุประสงค์ในการลงทุนของตนเอง และเป็นผู้รับความเสี่ยงจากการลงทุนเอง ทั้งนี้กรมธรรม์นี้ไม่มีการรับประกันเงินส่วนที่ได้ลงทุนไป ความผันผวนของสภาวะการดำเนินงานตลาดหรือผลประกอบการของกองทุนรวมอาจทำให้ผู้เอาประกันภัยได้รับผลตอบแทนมากกว่าหรือน้อยกว่ามูลค่าเบี้ยประกันภัยที่ถูกรวบรวมเข้ากองทุนรวมที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เลือก ซึ่งผู้เอาประกันภัยอาจจำเป็นต้องชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมทั้งนี้ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่บริษัทฯ กำหนดเพื่อให้กรมธรรม์มีผลบังคับอย่างต่อเนื่อง
- ผู้เอาประกันภัยควรพิจารณาถึงความสามารถในการชำระเบี้ยประกันภัย เนื่องจากสัญญาประกันภัยนี้แบบประกันภัยระยะยาว ผู้เอาประกันภัยควรศึกษาผลประโยชน์เงื่อนไข ค่าธรรมเนียม และ/หรือ ค่าใช้จ่ายตามที่ระบุไว้ในสัญญาประกันภัยนี้ รวมถึงผู้เอาประกันภัยสามารถศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม และ/หรือ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในกองทุนรวมที่ไม่ได้ระบุไว้ในสัญญาประกันภัยได้จากหนังสือชี้ชวนของกองทุนรวมที่ผู้เอาประกันภัยได้เลือกไว้
- ผู้เอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการลงทุนของกองทุนรวมในหนังสือชี้ชวนของกองทุนรวมด้วย
- ผลการดำเนินงานของกองทุนรวมไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถานะทางการเงิน หรือผลการดำเนินงานของบริษัทและบริษัทจัดการ

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

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

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()
ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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"/>
7. นายหน้าประกันชีวิต รหัสพนักงาน	รหัส	<input type="text"/>	ชื่อ - นามสกุล	<input type="text"/>
เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต		<input type="text"/>	เลขที่ใบอนุญาตผู้แนะนำการลงทุน	<input type="text"/>