



**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต  
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ ..... ชื่อตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต/ธนาคาร .....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

การสมัครทำประกันชีวิตแบบ ..... ใบอนุญาตผู้แนะนำการลงทุนเลขที่ .....

แบบไม่ตรวจสุขภาพ รหัสตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต .....

แบบตรวจสุขภาพ สาขา .....

ช่องทางการจัดจำหน่าย ตัวแทนประกันชีวิต

**ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย**

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ..... ชื่อและนามสกุลเดิม .....
- เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ..... (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ .....
- อายุ ..... ปี เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า
- กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ ..... นามสกุล .....
- เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (Passport)  ทะเบียนบ้าน  อื่น ๆ โปรดระบุ .....
- เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ ..... วันหมดอายุ .....
- ที่อยู่และที่ทำงาน
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
- แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
- ที่อยู่สถานที่ทำงาน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
- ชื่อสถานที่ทำงาน ..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
- ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....
- โทรศัพท์ ..... อีเมล.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน
- (เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
- แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท
- ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย
- (\*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น\*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
- แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท
- หมายเหตุ :** หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง
- นอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ)
- อาชีพประจำ ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....
- ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท
- อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....
- ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท
- ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่



6. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

7. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

จำนวนเงินเอาประกันภัยแต่ละบริษัท (บาท)					
บริษัท	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 17\*

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

\*กรณีที่มีกรมธรรม์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 17\*

9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย  
 ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ ..... แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ..... ปี  
 เลิกดื่ม เมื่อ .....

10. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  
 ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  
 สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ ..... มวน ต่อวัน สูบมานาน ..... ปี  เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ .....

11. ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.  
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  
 ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก  เพิ่มขึ้น ..... กก.  ลดลง ..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง .....

12. คำถามเฉพาะผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 2 ปี เป็นผู้ขอเอาประกันภัย
- ผู้เยาว์คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดก่อนมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่ ถ้าใช่ อายุครรภ์..... สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด ..... กรัม ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอด.....วัน
  - ผู้เยาว์ได้รับการรักษาความผิดปกติแต่กำเนิดหรือภาวะสุขภาพแรกเกิดผิดปกติหลังคลอด หรือมีการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการช้า หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่ ถ้าใช่ระบุรายละเอียด.....
  - ผู้เยาว์เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD หรือไม่  ไม่เป็น  เป็น

**ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย**

13. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา  
 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจบัสสภาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

14. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (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"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> โรควัณโรค <input type="checkbox"/> โรคไขข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง <input type="checkbox"/> โรคไข้รูมาติก	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง <input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ <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"/> โรคของต่อมไธสมอง <input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<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"/> โรคถุงน้ำในไต <input type="checkbox"/> โรคนิ่ว <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> โรคความโรค (ภายใน 2 ปี) <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย <input type="checkbox"/> โรคจิตเวช <input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม <input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง <input type="checkbox"/> โรคต่อกระดูก <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

15. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่  ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี  
 หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทสัมผัสความรู้สึก <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"/> จ้ำเลือด <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ใช้เรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มือวิงเวียนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ <input type="checkbox"/> การพูดผิดปกติ <input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจโต <input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือ มีน้ำตาลในปัสสาวะ
<b>คำถามเฉพาะสตรี</b>			
<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ .....เดือน <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมาผิดปกติ		
อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ		อาการปัจจุบัน

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสุขภาพเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง  
 16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  
 ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี  
 หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไม่เกรน <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ <input type="checkbox"/> ไข่เลื่อน <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร <input type="checkbox"/> มีคีณทสูตร <input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือ ถูกเบียดทับ <input type="checkbox"/> ออทิสติก <input type="checkbox"/> สมาร์สัน <input type="checkbox"/> โรคประสาทหูเสื่อม	<input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับ ต่อมลูกหมาก
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

17. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม.....  
 .....  
 .....



**ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับ รัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย**

**1. การรับรองสถานะ**

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับ ประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน	<input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิด ในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ .....				
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		

**2. คำรับรอง**

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

**ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่**

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

**ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม**

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อกรพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายบัญชีคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://bit.ly/BLAPrivacyPolicy> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายบัญชีคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายบัญชีคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [<https://bit.ly/BLAPrivacyPolicy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายบัญชีคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)]
  - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายบัญชีคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/  
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

## ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนมูลค่ารับซื้อคืนหน่วยลงทุนและค่าธรรมเนียมกรมธรรม์ที่ถูกเรียกเก็บทั้งหมดที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนจำนวนเงินดังกล่าวบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 20 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว หรือดำเนินการใด ๆ ตามที่ระบุในหัวข้อ สิทธิในการขอยกเลิกกรมธรรม์ ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยหลังจากวันเริ่มมีผลคุ้มครอง ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายบัญชีคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....  
(.....)

(ลงชื่อ).....  
(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต  
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) .....

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....  
(.....)

(ลงชื่อ).....  
(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ผู้แทนโดยชอบธรรม/  
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)