



ไทยประกันชีวิต



12345678900

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
สำนักงานใหญ่
123 ถนนวิภาวดีรังสิต เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaillife.com เลขบัญชี 0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบสมัครสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ใบคำขอเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....
หนังสือรับรองเลขที่.....
รหัสแบบประกันภัย.....

สำหรับธนาคาร / สถาบันการเงินอื่น ๆ / สหกรณ์ เพื่อกรอกข้อมูล

ประเภทสินเชื่อ	<input type="checkbox"/> กู้บ้าน	<input type="checkbox"/> กู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
แผนประกันภัย	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง A	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง B	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง C อัตราดอกเบี้ย.....%
แบบทุนคงที่	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง E	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง F	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง G

ชื่อสหกรณ์ออมทรัพย์.....ชื่อตัวแทน.....เลขที่ใบอนุญาต.....

ใบคำขอเอาประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน
 อื่น ๆ.....เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....
วันบัตรหมดอายุ.....ชื่อภรรยา/สามี.....
- ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ข. สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ(ในประเทศไทย) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....
- วัตถุประสงค์ในการขอสินเชื่อ.....
ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ยังขอเอาประกันภัย.....บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
ผู้กู้ร่วม ไม่มี มี.....คน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 1..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ยังขอเอาประกันภัย.....บาท
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 2..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ยังขอเอาประกันภัย.....บาท
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 3..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ยังขอเอาประกันภัย.....บาท
- ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย.....% จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท งวดชำระเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว)
- ผู้รับประกัน ได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประกันดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกันให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประกัน	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลประโยชน์ร้อยละ	ที่อยู่

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียด)บริษัท.....
สาเหตุ.....
เมื่อ.....
8. ท่านเสพรหรือเคยเสพรเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เคย เคย ปริมาณ.....ความถี่..... เล็กเสพเมื่อ.....
9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม ดื่ม ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์
ดื่มมานาน.....ปี เล็กดื่ม เมื่อ.....
10. ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ สูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี
 เล็กสูบ เมื่อ.....
11. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป็นโรค
ร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคฉับโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

14. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุ
- ถือสัญชาติอเมริกัน
 - เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 - ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่
(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ไม่มี มี

15. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในกรณีนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวบริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันความประสงค์ขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

เขียนที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ).....นายหน้า (ลงชื่อ).....

(.....) (.....)

ใบอนุญาตเลขที่..... ผู้เอาประกันภัย