



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

CLIENT NO.....
ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่..... รหัสตัวแทน/นายหน้า.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองสินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ (แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม
เพศ ชาย หญิง อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สัญชาติ
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อภรรยา/สามี
เอกสารที่ใช้แสดงตน บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ วันหมดอายุ
 หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว เลขที่ วันหมดอายุ
 ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
ชื่อสถาบันการเงิน..... เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ
จำนวนเงินกู้ บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม
วันที่ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง*
กู้เพื่อซื้อ..... ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ
(ให้ระบุรายการทรัพย์สินที่จะกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอย่างเฉพาะเจาะจง)
*วันที่เริ่มต้นให้ความคุ้มครอง ให้ผู้ขอเอาประกันภัยระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงิน หรือวันที่ได้รับเงินกู้
- ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
ข. สถานที่ทำงาน อาคาร เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
แบบประกันภัย..... ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น* บาท เบี้ยประกันภัย บาท
จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่
ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ ชื่อบัญชี
ธนาคาร สาขา อื่นๆ

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่
ที่ระบุข้างต้น

*จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น คือ จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ขณะเริ่มทำประกันชีวิต ซึ่งระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์
และจำนวนเงินเอาประกันภัยนี้จะลดลงเป็นรายเดือนซึ่งจะระบุตามที่แนบท้ายกรมธรรม์



5. ผลประโยชน์

ก. กรณีเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก
 เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตตามจำนวนที่ระบุไว้ในตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ณ เวลานั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์คงเหลือ
.....
.....

ข. กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก
 เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลักในขณะนั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

6. ท่านมีการทำสัญญาประกันชีวิต หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันชีวิต เพื่อคุ้มครองสินเชื่อตามข้อ 1 กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ขณะนี้สัญญาจะมีผลบังคับหรือไม่
.....
.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุ
 ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อ

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เสพ / ไม่เคยเสพ เสพ / เคยเสพ
 ถ้าเสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน..... ปี เลิกเสพเมื่อ

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม ดื่ม / เคยดื่ม
 ถ้าดื่ม/เคยดื่มโปรดระบุชนิด..... ปริมาณขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานานปี เลิกดื่มเมื่อ

11. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ/ไม่เคย เคย/เคยสูบ
 ถ้าสูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน สูบมานานปี เลิกสูบเมื่อ

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

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น
 โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์(HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

14. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีมีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด)

15. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

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

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

16. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ

ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ไม่มี มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 5 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 6 ข้อความยินยอมถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ 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 จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีกรแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 7 คำเตือน

1. หากท่านยังไม่ได้ทำสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ท่านสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์นี้ได้โดยการส่งคืนกรมธรรม์มายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์จากบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ให้แก่ท่านโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์โดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย
2. หากกรมธรรม์ยังมีผลบังคับ ท่านสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ได้ โดยได้รับความยินยอมจากสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักที่ให้สินเชื่อ หรือเมื่อท่านได้ชำระหนี้สินที่มีอยู่กับสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักหมดแล้ว เงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามจำนวนที่กำหนดไว้ในตารางมูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ กับผลประโยชน์อื่น ๆ อันพึงจะได้รับ (ถ้ามี) และหากท่านมีเบี้ยประกันภัยต่ำกว่ามาตรฐาน ท่านจะได้รับเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยของเบี้ยประกันภัยสำหรับภัยต่ำกว่ามาตรฐานตามตารางมูลค่ากรมธรรม์สำหรับภัยต่ำกว่ามาตรฐาน
3. วันที่เริ่มต้นความคุ้มครองซึ่งเป็นวันเดียวกับวันที่ท่านประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครองซึ่งระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือวันที่ระบุไว้ในกรณีที่มีการขอแก้ไขวันเริ่มต้นความคุ้มครอง หรือวันที่บริษัทหรือตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทได้รับข้อเสนอการรับประกันภัยใหม่ (counter offer) แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
4. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พนักงานบริษัทประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

