



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ  
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา  
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ (แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ)

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ..... ชื่อและนามสกุลเดิม .....

เพศ  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา.....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า ชื่อภรรยา/สามี .....

เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... วันหมดอายุ .....

หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว เลขที่ ..... วันหมดอายุ .....

ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ .....

ชื่อสถาบันการเงิน..... เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ .....

จำนวนเงินกู้ ..... บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม .....

วันที่ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง\* .....

กู้เพื่อซื้อ..... ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ .....

(ให้ระบุรายการทรัพย์สินที่จะกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอย่างเฉพาะเจาะจง)

\*วันที่เริ่มต้นให้ความคุ้มครอง ให้ผู้เอาประกันภัยระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงิน หรือวันที่ได้รับเงินกู้

2. 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

3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

4. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ 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 .....  
 เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย  
 ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้  
 (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

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

ข. กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก .....  
 เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย  
 ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

**6. ท่านมีการทำสัญญาประกันชีวิต หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันชีวิต เพื่อคุ้มครองสินเชื่อกับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่มี  มี ดังนี้**

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**คำเตือนสำหรับข้อ 6** คำถามนี้บริษัทถือเป็นสาระสำคัญในการพิจารณารับประกันสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองสินเชื่อกับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  
 ครั้งเดียว ประเภทสามัญ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดหรือแถลงเท็จบริษัทอาจใช้สิทธิบอกล้างสัญญาและ ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน  
 ตามสัญญาประกันชีวิต

**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..... ปริมาณ .....ขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี  เลิกดื่มเมื่อ .....**

**11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  เคย/เคยสูบบุหรี่  
 ถ้าสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ ..... มวน/วัน สูบมานาน.....ปี  เลิกสูบบุหรี่เมื่อ .....**

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

**ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย**

**13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมเร็ง  
 โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่  ไม่เป็น  เป็น  
 โปรดระบุบุคคลที่เป็น ..... โรค ..... อายุที่เริ่มเป็น .....**

**14. สามี/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่  ไม่เป็น  เป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  
 เป็นโรคเอดส์ (HIV)  เป็นไวรัสตับอักเสบบ**

### ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพหรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ  ใช่  ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด) .....
16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิตปีสภาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจหรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ / รักษา	วันเดือนปีที่รักษา
.....	.....	.....	.....	.....

17. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) .....

### ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

#### 1. การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ หรือประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
 ไม่มี  มี โปรดระบุ  
 ถือสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่  
 ไม่เป็น  เป็น  เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
 ไม่มี  มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของ ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  
 ไม่มี  มี

#### 2. คำยินยอมและตกลง ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและ ตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

- ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล  
 ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA  
 ข้าพเจ้ายินยอมและ ตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด  
 ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูลในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA  
 ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธ การรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทาง ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

## ส่วนที่ 5 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

## ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำการมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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

1. หากผู้เอาประกันภัยยังไม่ได้ทำสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์นี้ได้ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์จากบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท
2. หากกรมธรรม์ยังมีผลบังคับ ผู้เอาประกันภัยสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ได้ โดยได้รับความยินยอมจากสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หลัก ที่ให้สินเชื่อ หรือเมื่อผู้เอาประกันภัยได้ชำระหนี้สินที่มีอยู่กับสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หลักหมดแล้ว
3. วันที่เริ่มต้นความคุ้มครองซึ่งเป็นวันเดียวกับวันที่ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครองซึ่งระบุไว้ใน ใบคำขอเอาประกันภัย หรือวันที่ระบุไว้ในกรณีที่มีการขอแก้ไขวันเริ่มต้นความคุ้มครอง หรือวันที่บริษัทหรือตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทได้รับข้อเสนอการรับประกันภัยใหม่ (counter offer) แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
4. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

( ..... )  
พนักงานบริษัทประกันชีวิต

(ลงชื่อ) .....

( ..... )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

