



CLIENT NO. \_\_\_\_\_

ชื่อตัวแทน/นายหน้า \_\_\_\_\_

ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_ รหัสตัวแทน/นายหน้า \_\_\_\_\_

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ \_\_\_\_\_

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ  
อาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน  
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ ชนิดมีค่าถามสุขภาพอย่างละเอียด

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) \_\_\_\_\_

(ภาษาอังกฤษ) \_\_\_\_\_

ชื่อและนามสกุลเดิม \_\_\_\_\_

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_

หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_

ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

ชื่อสถาบันการเงิน \_\_\_\_\_ เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ \_\_\_\_\_

จำนวนเงินกู้ \_\_\_\_\_ บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม \_\_\_\_\_

วันที่ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง\* \_\_\_\_\_

กู้เพื่อซื้อ \_\_\_\_\_ ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ \_\_\_\_\_

(ให้ระบุรายการทรัพย์สินที่จะกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอย่างเฉพาะเจาะจง)

\*วันที่เริ่มต้นให้ความคุ้มครอง ให้ผู้ขอเอาประกันภัยระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงิน หรือวันที่ได้รับเงินกู้

### 2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_

ข ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย) \_\_\_\_\_

ค สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ อาคาร \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ที่ทำงาน \_\_\_\_\_

ง ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  อื่นๆ โปรดระบุ

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_

จ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  สถานที่ทำงาน  ที่อยู่ปัจจุบัน

ฉ ข้อมูลการติดต่อ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูลการติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

ช เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (\*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น\*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ : หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ



3 อาชีพประจำ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
 ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท  
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
 ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

4 กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินซื้อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว  
 แบบประกันภัย \_\_\_\_\_ ระยะเวลาเอาประกันภัย \_\_\_\_\_ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว  
 จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น\* \_\_\_\_\_ บาท เบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_ บาท  
 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ \_\_\_\_\_ บาท  
 ชำระเป็น  เงินสด  บัตรเครดิต  แคชเชียร์เช็ค/ตราฟ  อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_  
 เช็ค ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_ เลขที่เช็ค \_\_\_\_\_ เช็คลงวันที่ \_\_\_\_\_  
 เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ \_\_\_\_\_ ชื่อบัญชี \_\_\_\_\_  
 ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ \_\_\_\_\_

**คำเตือน** หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

\* จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น คือ จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ขณะเริ่มทำประกันชีวิต ซึ่งระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ และจำนวนเงินเอาประกันภัยนี้จะลดลงเป็นรายเดือนซึ่งจะระบุตามที่แนบท้ายกรมธรรม์

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง  
 ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้  
 ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี อาชีพ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

5 ผลประโยชน์

ก กรณีเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก \_\_\_\_\_

เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตตามจำนวนที่ระบุไว้ในตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ณ เวลานั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์คงเหลือ

ข กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก \_\_\_\_\_

เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลักในขณะนั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

6 ท่านมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่มี  มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8 ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่?

- ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ
- เสพ/เคยเสพ โปรดระบุ ชนิด \_\_\_\_\_ ปริมาณ \_\_\_\_\_ ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน \_\_\_\_\_ ปี
  - เล็กเสพ เมื่อ \_\_\_\_\_

9 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?

- ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม
- ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด \_\_\_\_\_ ปริมาณ \_\_\_\_\_ ขวด/ครั้ง ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน \_\_\_\_\_ ปี
  - เล็กดื่ม เมื่อ \_\_\_\_\_

10 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?

- ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่
- สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุ ปริมาณ \_\_\_\_\_ มวน/วัน สูบมานาน \_\_\_\_\_ ปี
  - เล็กสูบ เมื่อ \_\_\_\_\_

11 ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

- ไม่เปลี่ยนแปลง
- เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก  เพิ่มขึ้น \_\_\_\_\_ ก.ก.  ลดลง \_\_\_\_\_ ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

12 บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

- ไม่เป็น
- เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

13 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี หากเคยมีหรือกำลังมี โปรดทำเครื่องหมายระบุอาการและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ</li> <li><input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง</li> <li><input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า</li> <li><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง</li> <li><input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก</li> <li><input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง</li> <li><input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด</li> <li><input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ</li> <li><input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก</li> <li><input type="checkbox"/> ใจสั่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง</li> <li><input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด</li> <li><input type="checkbox"/> ท้องมาน</li> <li><input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง</li> <li><input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ</li> <li><input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง</li> <li><input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง</li> <li><input type="checkbox"/> จำเลือด</li> <li><input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ</li> </ul>	<p><b>อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย</li> <li><input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง</li> <li><input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง</li> </ul>	<p><b>เฉพาะสตรี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน</li> <li><input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร</li> <li><input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด</li> </ul>
---	---	---	---

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

14 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

ไม่เคย  เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคชัก
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร
<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<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"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี
<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิตเวช	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคเลือด
<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคนิ้ว		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

15 ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่?

ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

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

คำถามข้อ 16. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

16 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ไชน์ส็อกเสบ	<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ
<input type="checkbox"/> ใส่เลื่อน	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> ฝีคัณฑสูตร	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม
<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> ข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> ออทิสติก	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

17 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 4

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1

การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับ  ไม่มี  มี โปรดระบุ
  - ประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
  - ถือสัญชาติอเมริกัน
  - เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
  - ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
  - ไม่เป็น
  - เป็น
  - เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
 กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ \_\_\_\_\_ วันบัตรหมดอายุ \_\_\_\_\_
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  ไม่มี  มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศ  ไม่มี  มี  
 สหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

2

คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ 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

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 บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th



6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นในไดโนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว  
[www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 7

คำเตือน

1. หากท่านยังไม่ได้ทำสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ท่านสามารถยกเลิกกรมธรรม์นี้ได้โดยการส่งคืนกรมธรรม์มายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์จากบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ให้แก่ท่านโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 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) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
พนักงานบริษัทประกันชีวิต

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
ผู้ขอเอาประกันภัย