



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 สำนักงานใหญ่
 123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
 โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
 www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104



12345678900

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

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

ตัวอย่าง

สำหรับธนาคาร / สถาบันการเงินอื่น ๆ / สหกรณ์ เพื่อกรอกข้อมูล

ประเภทสินเชื่อ กู้บ้าน กู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน อื่น ๆ.....
 แผนประกันภัย แบบทุนลดลง แผนความคุ้มครอง A แผนความคุ้มครอง B แผนความคุ้มครอง C อัตราดอกเบี้ย.....%
 แบบทุนคงที่ แผนความคุ้มครอง E แผนความคุ้มครอง F แผนความคุ้มครอง G

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

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตคุ้มครองสินเชื่อ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย... นายสุวิวัฒน์... วัน...ปี...ใน... ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 อายุ... 35... ปี เกิดวันที่... 19... เดือน... กันยายน... พ.ศ. 2526... เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน
 อื่นๆ..... เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว... 191001619086
 วันบัตรหมดอายุ... 18... กันยายน... 2568... ชื่อกรรพา/สามี... นางสาวสังกัณษาต์... สมชายใจ (ไม่ลดทอนเงินวง)
- ที่อยู่และที่ทำงาน
 ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่... 35/12... หมู่บ้าน/อาคาร... ชื่นสุวิไล... หมู่ที่... 1/3...
 ถนน... อธิการชนก... แขวง/ตำบล... ท่าทราย... เขต/อำเภอ... 5มี09... จังหวัด... นครปฐม... ประเทศ... ไทย
 รหัสไปรษณีย์... 10110... โทรศัพท์บ้าน... 02 952 8819... โทรศัพท์มือถือ... 089 123 4568... อีเมล.....
 ข. สถานที่ทำงาน... ไทยอูสสถานกรรสร... 30... อาคาร... เลขที่... 152... หมู่ที่... .. ต.รอก/ซอย..... ถนน... บ้านนอก
 แขวง/ตำบล... รัชดาภิเษก... เขต/อำเภอ... รัชดาภิเษก... จังหวัด... ปทุมธานี... ประเทศ... ไทย... รหัสไปรษณีย์... 10500... โทรศัพท์... -
 ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่... 35/12... หมู่บ้าน/อาคาร... ชื่นสุวิไล... หมู่ที่... 1/3...
 ถนน... อธิการชนก... แขวง/ตำบล... ท่าทราย... เขต/อำเภอ... 5มี09... จังหวัด... นครปฐม... ประเทศ... ไทย
 รหัสไปรษณีย์... 10110... โทรศัพท์บ้าน... 02 952 8819... โทรศัพท์มือถือ... 089 123 4568... อีเมล.....
 ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ (ในประเทศไทย) ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ... พนักงานบริษัท... ตำแหน่ง... ผู้จัดการ... ลักษณะงานที่ทำ... ผลิตอุปกรณ์
 ลักษณะธุรกิจ... อู่ช่างเครื่องจักรกล
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ.....
- วัตถุประสงค์ในการขอสินเชื่อ.....
 ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้... 3000,000... บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย... 1,500,000... บาท
 ผู้กู้ร่วม ไม่มี มี.....คน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 1..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย..... บาท
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 2..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย..... บาท
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 3..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย..... บาท
- ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้..... 20... ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย..... 10... ปี
 แบบอัตราดอกเบี้ย..... % จำนวนเบี้ยประกันภัย..... 32,100... บาท งดชำระเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว)
- ผู้รับประกันได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประกันนี้ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกันให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

| ชื่อและนามสกุลผู้รับประกัน | อายุ | ความสัมพันธ์ | ผลประโยชน์ร้อยละ | ที่อยู่ |
|-----------------------------|------|------------------------|------------------|----------------|
| นางสาวสังกัณษาต์... สมชายใจ | 32 | ภรรยา (ไม่ลดทอนเงินวง) | 50 | ตามทะเบียนบ้าน |
| ด.ช. 6689... ใจ | 6 | บุตร | 50 | ?? |

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุ ของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียด) บริษัท.....
สาเหตุ..... เมื่อ.....
8. ท่านเสทหรือเลขเสทยาเสทติด หรือสารเสทติด หรือไม่ ไม่เคย เคย ปริมาณ.....ความถี่..... เล็กเสทเมื่อ.....
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.....180.....ซ.ม. น้ำหนัก.....70.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรค
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"/> โรควัณโรค | <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 ในกรณี ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ตัวอย่าง

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 บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

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

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันความประสงค์ขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ

เขียนที่.....

วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)..... นายหน้า

(ลงชื่อ)..... *นิพนธ์ อินทร์*

(.....)..... *นายสุวิทย์ อึ้งใจ*

ใบอนุญาตเลขที่..... ผู้ขอเอาประกันภัย