



ใบคำขอเอาประกันชีวิตผ่านทางโทรศัพท์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บิรชัพผู้รับประกันชีวิตปฏิเสื่อมิจ่ายเงินค่าลินให้หมดแทนตามลัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ในคำขอเอาประกันชีวิตผ่านทางโทรศัพท์นี้ เป็นเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัยและเอกสารของกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ชื่อบิรชัพ กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บิรชัพ") ออกกรมธรรม์ประกันภัยให้ โดยการพิจารณาถึงข้อแผลงต่างๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย หรือของผู้เยาว์ที่ขอเอาประกันภัย ("ผู้เยาว์") ผ่านทางโทรศัพท์ที่ให้ไว้กับ "บิรชัพ" ท่านในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย มีหน้าที่ต้องตรวจสอบว่า ข้อมูลข้างล่างนี้ถูกต้องและเป็นความจริงตามที่ท่านทราบและเข้าใจ หากไม่ขอความได้ไม่ตรงกับความจริงโปรดแจ้งบิรชัพ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง สัญญาประกันภัยฉบับนี้ มีผลบังคับสมบูรณ์เว้นแต่ (1) เมื่อฝ่ายความข้อหนึ่งข้อใดเกี่ยวกับสุขภาพของท่านที่ผู้บันทึกได้บันทึกข้อความในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ตามถ้อยແผลงของท่านผ่านทางโทรศัพท์เป็นการปกปิด ข้อความจริง หรือแสดงข้อความเท็จใดๆ ซึ่งบิรชัพทราบข้อความจริงนั้นอาจจึงบิรชัพให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือไม่ยอมทำลัญญาประกันภัยกับท่าน สัญญาประกันภัยนี้จะถูกยกเลิก ไม่มีผลตามมาตรา 865 ของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และบิรชัพมีสิทธิยกเลิกสัญญาได้ (2) หากท่านประสงค์จะคืนกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ท่านสามารถลงคืนกรมธรรม์ประกันภัยกลับมาอย่างบิรชัพภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์จากบิรชัพ พร้อมหนังสือแจ้งความประสงค์ขอคืนกรมธรรม์ และบิรชัพจะคืนเบี้ยประกันภัยทั้งหมดที่ได้เรียกเก็บมาแล้วให้แก่ท่านโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น โดยผ่านทางบัญชีบัตรเครดิตของผู้ถือบัตรเท่านั้น

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ สัญชาติ _____ สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า
3. ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุการเปลี่ยนแปลง _____
4. เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวประชาชน _____ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ _____
5. ก. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่สำหรับติดต่อ และส่งเอกสารสำคัญ) เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร _____ ซอย, ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ข. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ใช้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร _____ ซอย, ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ค. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____
ง. อีเมล _____ หมายเหตุ ท่านจะได้รับทราบข้อมูล/ข่าวสารจากทางบิรชัพฯ ผ่านทางอีเมล

6. อาชีพของท่านถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาชีพใดดังต่อไปนี้

- คนงานก่อสร้าง คนขับรถแท็กซี่ / คนขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนงานเหมือง / สำรวจหาน้ำมัน
 อาชีพอื่นโปรดระบุ _____

ตำแหน่ง _____
ลักษณะงานที่ทำ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท แหล่งที่มาของรายได้ _____
สถานที่ทำงาน _____

7. แบบประกันภัย

 7.1) ไอไฟน์

แบบประกันภัย	แผนความคุ้มครอง				
	<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	<input type="checkbox"/> แผน 4	<input type="checkbox"/> แผน 5
IFINE	100,000 IFINE1	150,000 IFINE2	200,000 IFINE3	250,000 IFINE4	300,000 IFINE5
APFIN	500,000 APFIN1	750,000 APFIN2	1,000,000 APFIN3	2,000,000 APFIN4	3,000,000 APFIN5
HIFIN	1,000 HIFIN1	1,250 HIFIN2	1,500 HIFIN3	2,000 HIFIN4	2,500 HIFIN5

ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี 7.2) สัญญาหลักอื่นๆ

แบบประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> 10EC บาท
<input type="checkbox"/> บาท
<input type="checkbox"/> บาท
<input type="checkbox"/> บาท

 7.3) สัญญาเพิ่มเติม

แบบประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> บาท

8. ตัวมีเงินปันผล / เงินคืนตามสัญญา เลือกรับ

- ทุกปี โดยรับเป็นเงินสด - บริษัทจะออกเช็คในนามท่านเมื่อเมื่อเงินปันผล ณ ลิ้นปีกรรมธรรม์
- โดยนำไปหักชำระเบี้ยประกันภัย - บริษัทจะนำเงินปันผลของท่านไปชำระเบี้ยประกันภัยของท่านในวงเดียวกัน
- ครั้งเดียวเมื่อครบกำหนดสัญญา - บริษัทจะเก็บสะสมเงินปันผลของท่านไว้พร้อมให้หักเบี้ยและจ่ายให้ท่าน พร้อมกับเงินครบกำหนดสัญญาระบบทั้งหมด

9. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี10. จำนวนเงินที่ชำระพร้อมในคำขอฯ นี้ บาทชำระโดย บัตรเครดิต VISA MASTER เลขที่บัตร ชื่อ-นามสกุลผู้ถือบัตร บัตรหมดอายุ LINE PAY

คำเดือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยวัดแรก ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องได้รับใบรับเงินซั่วครัว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

11. ผู้รับประโยชน์ (ตัวมีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุ กรมธรรม์จากบริษัทที่หรือบริษัทดื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย

13. ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจวาย, โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, เบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง, เนื้องอก, ถุงน้ำ หรือ โรคซีสต์, โรคไต, โรคเลือด, โรคประสาทพาร์กินสัน, โรคอัลไซเมอร์, ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคเอดส์, โรคตับ รวมถึง โรคไวรัสตับอักเสบ ไม่ใช่ ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด)

14. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา, ท่านเคยได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล หรือได้รับการบำบัดหรือการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 14 วันหรือมากกว่านั้น, หรือได้รับการทดสอบหรือตรวจร่างกาย (นอกเหนือจากการตรวจร่างกายเพื่อสมัครงาน หรือสำหรับสำนักงานตรวจสอบเข้าเมือง)

ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด) _____

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

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอกสารกับภัยมีลัญชาติ ประเทศไทยที่เดียว ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ (ถือลัญชาติเมริกัน เกิดในประเทศไทย ถือลัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศไทย)

ข. ผู้ขอเอกสารกับภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้เมืองที่อยู่อาศัยอย่างถูกกฎหมายในประเทศไทยหรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและลืมพลบังคับ

ค. ผู้ขอเอกสารกับภัยมีหน้าที่เลี้ยงภาระแก่กรรมสறพากรสหราชอาณาจักรหรือไม่

ไม่มี มี

ง. ผู้ขอเอกสารกับภัยมีสถานะเป็นผู้เมืองที่อยู่ในประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศไทยใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยหรือไม่ อายุน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ไม่มี มี

2 . คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อผูกพันหรือต้องบัญชีตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการ อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อบัญชีตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยที่กำกับดูแลการบัญชีตามกฎหมาย FATCA

2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทห้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือภัย ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูล

ข. ผลงานการไม่ให้ข้อมูล

ในการนี้ที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ลิขิทกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีลิขิทได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในการนี้ที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้ลิขิทหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA หากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA ก่อนวันบริษัทต้องล่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศไทยหรือภัยภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่บัญชีตามกำหนดออกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้ลิขิทหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีลิขิทได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ที่ได้ ทั้งนี้ การล่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้ลิขิทหักภาษี ณ ที่จ่ายและการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะล่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยແผลงหรือคำตอบในใบคำขอเอกสารกับภัยของผู้ขอเอกสารกับภัย

การให้ถ้อยคำ การมองอนาคต และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอกสารกับภัยนี้ รวมถึงถ้อยແผลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ถ้อยແผลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อมูลที่จะรับทราบ แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอกสารกับภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอกสารกับภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

4. ผู้ขอเอกสารกับภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอกสารกับภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมถ้อยແผลงหรือคำตอบในใบคำขอเอกสารกับภัย และยืนยันการสมัครทำประกันชีวิต

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ :