

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้นายรับประกันชีวิตปฏิเสื่อมได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตผ่านทางโทรศัพท์นี้ เป็นเอกสารประกอบการพิจารณาปรับปรุงภัยและออกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ซึ่งบริษัท กรุงไทย-แอxa ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ออกกรมธรรม์ประกันภัยให้ โดยการพิจารณาถึงข้อแผลงต่างๆ ของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้เยาว์ที่ขอเอาประกันภัย ("ผู้เยาว์") ผ่านทางโทรศัพท์ที่ให้ไว้กับ "บริษัท" ท่านในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย มีหน้าที่ต้องตรวจสอบว่า ข้อมูลข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงตามที่ท่านทราบและเข้าใจ หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริงในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ตามถ้อยแผลงของท่านผ่านทางโทรศัพท์เป็นการปกปิด ข้อความจริง หรือแผลงข้อความเท็จใดๆ ซึ่งถ้าบริษัททราบข้อความจริงนั้นอาจจะจึงใจบริษัทให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือไม่ยอมทำสัญญาประกันภัยกับท่าน สัญญาประกันภัยจะถูกยกเลิกโดยเด็ดขาด มาตรฐานบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์จากบริษัท พร้อมหนังสือแจ้งความประสงค์ขอยกกรมธรรม์ และบริษัทจะดำเนินการเบี้ยประกันภัยทั้งหมดที่ได้เรียกเก็บมาแล้วให้แก่ท่านโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น โดยผ่านทางบัญชีบัตรเครดิตของผู้ถือบัตรเดือนนั้น

**ส่วนที่ 1 คำตามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย**

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ \_\_\_\_\_

2. เพศ  ชาย  หญิง เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_  
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

3. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่มี  มี โปรดระบุการเปลี่ยนแปลง \_\_\_\_\_

4. เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_  
 หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_

5. ก. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่สำหรับติดต่อ และส่งเอกสารสำคัญ)  
เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_  
ซอย, ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ข. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ใช้ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน  
เลขที่, หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_  
ซอย, ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ค. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้  
โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

ง. อีเมล \_\_\_\_\_  
หมายเหตุ ท่านจะได้รับทราบข้อมูล/ข่าวสารจากทางบริษัทฯ 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"/> ไอโพเรตค เอส	..... บาท
<input type="checkbox"/> ไอเจ็น	..... บาท
<input type="checkbox"/>	..... บาท
<input type="checkbox"/>	..... บาท

7.3) สัญญาเพิ่มเติม

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

8. ถ้ามีเงินปันผล / เงินคืนตามสัญญา เลือกรับ

- ทุกปี  โดยรับเป็นเงินสด - บริษัทจะออกเช็คในนามท่านเมื่อมีเงินปันผล ณ ลิ้นปีกรรมธรรม์  
 โดยนำไปหักชำระเบี้ยประกันภัย - บริษัทจะนำเงินปันผลของท่านไปชำระเบี้ยประกันภัยของท่านในงวดถัดไป  
 ครั้งเดียวเมื่อครบกำหนดสัญญา - บริษัทจะเก็บสะสมเงินปันผลของท่านไว้พร้อมให้ดอกเบี้ยและจ่ายให้ท่าน พร้อมกับเงินครบกำหนดสัญญากรรมธรรม์

9. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย  รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี

10. จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้  บาท

ชำระโดย	<input type="checkbox"/> บัตรเครดิต	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER	เลขที่บัตร	<input type="text"/>	
ชื่อ-นามสกุลผู้ถือบัตร	<input type="text"/>				บัตรหมดอายุ	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> LINE PAY	<input type="checkbox"/> เงินสด					

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยขาดแตก ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องได้รับใบรับเงินข้าราชการ/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

11. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุล้วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
<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 เปเลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการยกบังคับสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุ กรมธรรม์จากบริษัทหนึ่หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย

13. ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ, โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, เบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง, เนื้องอก, ถุงน้ำ หรือ โรคซีสต์, โรคไต, โรคเลือด, โรคประสาทพาร์กินสัน, โรคอัลไซเมอร์, ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคเอดส์, โรคตับ รวมถึง โรคไวรัสตับอักเสบ
<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด) <input type="text"/>
<input type="text"/>

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. ผู้ขอเอกสารประกันภัยมีลัญชาติ ประเทศไทยที่เกิด ที่เกี่ยวข้องับประเทศไทยหรือไม่

ไม่มี  มี โปรดระบุ ( ถือลัญชาติเมริกัน  เกิดในประเทศไทย  ถือลัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศไทย)

ข. ผู้ขอเอกสารประกันภัยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้เมืองที่อยู่อาศัยอย่างถูกกฎหมายในประเทศไทยหรือไม่

ไม่เป็น  เป็น  เคยเป็นและลืมพลังบังคับ

ค. ผู้ขอเอกสารประกันภัยมีหน้าที่เลี้ยงภัยให้แก่กรรมสตรีภารกิจหรือไม่

ไม่มี  มี

ง. ผู้ขอเอกสารประกันภัยมีสถานะเป็นผู้เมืองที่อยู่ในประเทศไทยหรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศไทยใช้หรือไม่ ( เช่น มีบ้านที่อยู่ในประเทศไทยหรือไม่ อย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา )

ไม่มี  มี

#### 2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในกรณีข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการ อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อบัญชีตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยหรือต่างประเทศที่กำหนดดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทห้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือภารกิจ ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูล

ข. ผลงานการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ลิขิติกันบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีลิขิติได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้ลิขิติกันบริษัท ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA ก่อนว่าบริษัทต้องลงหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศไทยหรือภารกิจภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำนัดอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้ลิขิติกันบริษัท ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีลิขิติได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ที่ได้ทั้งนี้ การลงหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้ลิขิติกันบริษัท ณ ที่จ่ายและการบอกร่างก้าวต่อไป

### ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยແดลงหรือคำตอบในเบื้องต้นของผู้ขอเอกสารประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมองอนาคต และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในเบื้องต้นของผู้ขอเอกสารประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยແดลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ดูแลรักษาภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ถ้อยແดลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อมูลที่จะรับทราบ แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอกสารประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอกสารประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

4. ผู้ขอเอกสารประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอกสารประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ายืนยันถ้อยແดลงหรือคำตอบในเบื้องต้นของผู้ขอเอกสารประกันชีวิต และยืนยันการสมัครทำประกันชีวิต

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

เดือน \_\_\_\_\_

พ.ศ. \_\_\_\_\_

หมายเหตุ :