



กรุงไทย แอ็กซ่า
นิยามใหม่ / ของการประกันชีวิต

บริษัท กรุงไทย-แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
2034/116-123, 136-143 อาคารอิตัลไทย ทาวเวอร์ ชั้น 27-28, 32-33
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2723-4000 โทรสาร 0-2723-4032
www.krungthai-axa.co.th



ใบคำขอเอาประกันชีวิตผ่านทางโทรศัพท์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ตัวแทน

ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้อง
ตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน
ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตผ่านทางโทรศัพท์นี้เป็นเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัยและออกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ซึ่งบริษัท กรุงไทย-แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท")
ออกกรมธรรม์ประกันภัยให้ โดยการพิจารณาถึงข้อแตกต่างๆ ของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้เยาว์ที่ขอเอาประกันภัย ("ผู้เยาว์") ผ่านทางโทรศัพท์ที่ให้กับ "บริษัท" ท่านในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย
มีหน้าที่ต้องตรวจสอบว่า ข้อมูลข้างล่างนี้ถูกต้องและเป็นความจริงตามที่ท่านทราบและเข้าใจ หากมีข้อสงสัยใดไม่ตรงกับความจริงโปรดแจ้งบริษัท เพื่อให้การแก้ไขให้ถูกต้อง สัญญาประกันภัยฉบับนี้
มีผลบังคับสมบูรณ์วันแต่ (1) เมื่อมีข้อความข้อหนึ่งข้อใดเกี่ยวกับสุขภาพของท่านที่ผู้บันทึกได้บันทึกข้อความในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ตามถ้อยแถลงของท่านผ่านทางโทรศัพท์เป็นการปกปิด
ข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จใดๆ ซึ่งถ้าบริษัททราบข้อความจริงนั้นอาจจะแจ้งบริษัทให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือไม่ยอมทำสัญญาประกันภัยกับท่าน สัญญาประกันภัยนี้จะตกเป็น
โมฆียะตามมาตรา 865 ของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาได้ (2) หากท่านประสงค์จะคืนกรมธรรม์ประกันภัยนี้ ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยกลับ
มายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์จากบริษัท พร้อมหนังสือแจ้งความประสงค์ขอยกเลิกกรมธรรม์ และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยทั้งหมดที่ได้เรียกเก็บมาแล้วให้แก่ท่านโดยไม่หัก
ค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น โดยผ่านทางบัญชีบัตรเครดิตของผู้ถือบัตรท่านนั้น

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย ☐ 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 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ 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 / สำนักรหาน้ำมัน

☐ อาชีพอื่นโปรดระบุ

ตำแหน่ง

ลักษณะงานที่ทำ

รายได้ต่อปี บาท แหล่งที่มาของรายได้

สถานที่ทำงาน

7. แบบประกันภัย

☐ 7.1) ไอโฟน

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"/> โอโพรเทค เอส บาท
<input type="checkbox"/> ไอเงิน บาท
<input type="checkbox"/> บาท
<input type="checkbox"/> บาท

☐ 7.3) สัญญาเพิ่มเติม

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

8. ถ้ามีเงินปันผล / เงินคืนตามสัญญา เลือกรับ

- ☐ ทุกปี ☐ โดยรับเป็นเงินสด - บริษัทจะออกเช็คในนามท่านเมื่อมีเงินปันผล ณ สิ้นปีกรมธรรม์
- ☐ โดยนำไปหักชำระเบี้ยประกันภัย - บริษัทจะนำเงินปันผลของท่านไปชำระเบี้ยประกันภัยของท่านในงวดถัดไป
- ☐ ครั้งเดียวเมื่อครบกำหนดสัญญา - บริษัทจะเก็บสะสมเงินปันผลของท่านไว้พร้อมให้ดอกเบี้ยและจ่ายให้ท่าน พร้อมกับเงินครบกำหนดสัญญากรมธรรม์

9. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ รายปี

10. จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท

ชำระโดย ☐ บัตรเครดิต ☐ VISA ☐ MASTER เลขที่บัตร

ชื่อ-นามสกุลผู้ถือบัตร บัตรหมดอายุ

☐ LINE PAY ☐ เงินสด

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

11. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ 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"/>

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุ กรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

13. ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจวาย, โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, เบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง, เนื้องอก, อุ้งน้ำ หรือ โรคซีสต์, โรคไต, โรคเลือด, โรคประสาทพาร์กินสัน, โรคอัลไซเมอร์, ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคเอดส์, โรคตับ รวมถึง โรคไวรัสตับอักเสบ

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด)

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

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด)

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

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ (☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา)

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท กรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลง ให้บริษัทสามารถดำเนินการ อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะ หรือข้อมูล ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ ตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA ก่อนว่าบริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันตอบบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายและการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

☐ ข้าพเจ้ายืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต และยืนยันการสมัครทำประกันชีวิต

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ :