



ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ (สำหรับการสมัครผ่านระบบพิจารณาอัตโนมัติ)

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
กรรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (สำหรับบริษัทเท่านั้น).....
ช่องทางการจัดจำหน่าย.....
ตัวแทน..... รหัส..... ใบอนุญาต.....
ผู้บริหาร/นายหน้า..... รหัส..... ใบอนุญาต.....
สาขา..... รหัสสาขา.....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)..... ชื่อ-สกุลเดิม.....
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....
กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ..... สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ..... ปี
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เกิดที่ประเทศ.....
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง Passport (กรณีชาวต่างชาติ) ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
เลขที่.....-.....-.....-.....-.....-..... วันที่หมดอายุ..... กรณีถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่าง
ถูกต้องตามกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) โปรดระบุเลขที่..... วันที่หมดอายุ.....
ชื่อภรรยา/สามี.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....-.....-.....-.....-.....-..... โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....-.....-.....-.....-.....-.....

ข. สถานที่ทำงาน.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....-.....-.....-.....-.....-..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....-.....-.....-.....-.....-.....
ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....-.....-.....-.....-.....-..... อีเมล.....

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

4. แบบประกันภัย.....

ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี

ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย

☐ รายปี

☐ รายหกเดือน

☐ รายสามเดือน

☐ รายเดือน

☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

ถ้าแบบประกันภัยมีเงินปันผล เลือก

☐ ขอรับเป็นเงินสด

☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย

☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม

(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น ให้ถือว่าคงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม กรณีที่ขอรับเป็นเงินสดและประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)

ความคุ้มครอง / สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	ความคุ้มครอง / สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
<div><input type="checkbox"/> สัญญาหลัก.....</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองทุพพลภาพ ทพ 1 (WP)</div> <div><input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย พช.4 (PB4)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองอุบัติเหตุ 01 (AI)</div> <div><input type="checkbox"/> สลักหลัง มง (AIRCC)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองอุบัติเหตุ 02 (ADD)</div> <div><input type="checkbox"/> สลักหลัง มง (ADDRCC)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองอุบัติเหตุ 03 (ADB)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองสุขภาพ (HS)</div> <div><input type="checkbox"/> อยุธยาแคร์ผู้ป่วยในแบบพรีเมียร์ (HSP)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลรายวัน (HB)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลรายวันพิเศษ (HBP)</div>			<div><input type="checkbox"/> สลักหลังแนบท้ายคุ้มครองสุขภาพ (OPD)</div> <div><input type="checkbox"/> สลักหลังแนบท้ายอยุธยาแคร์ผู้ป่วยในแบบพรีเมียร์ (OPDP)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองโรคร้ายแรง 48 (CI48)</div> <div><input type="checkbox"/> คุ้มครองโรคมะเร็ง (CB)</div> <div><input type="checkbox"/> แบบเฉพาะกาล (TRN)</div> <div><input type="checkbox"/> แบบเฉพาะกาลชนิดเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ได้ (TRC)</div> <div><input type="checkbox"/> ออมทรัพย์พิเศษ (PPE)</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>		

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้.....บาท

เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท

ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร / เคาน์เตอร์เซอร์วิส / เอ ที เอ็ม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....

5. ผู้รับประโยชน์ ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน (หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 16 ปี ไม่ต้องระบุ)

ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

คำแนะนำในการใช้ใบขอเอาประกันชีวิต

- ก. กรณี ชื่อแบบประกันภัยประเภทที่ ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ กรุณาเข้าไปตอบคำถามในส่วนที่ 5 และลงนามในส่วนที่ 6
- ข. กรณี ชื่อแบบประกันภัยประเภทที่ต้องตอบ คำถามสุขภาพแบบสั้น กรุณาตอบคำถามจนถึงส่วนที่ 1 ยกเว้นข้อ 13 และส่วนที่ 2 แล้วเข้าไปตอบคำถามส่วนที่ 5 และลงนามในส่วนที่ 6
- ค. กรณี ชื่อแบบประกันภัยอื่นๆ นอกเหนือข้อ ก และ ข ข้างต้น กรุณาตอบคำถาม ดังนี้
1. หาก ไม่ชื่อ สัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ ตอบคำถามทุกข้อ ยกเว้นส่วนที่ 3 และข้อ 22 และลงนามในส่วนที่ 6
 2. หาก ชื่อ สัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ ตอบคำถามทุกส่วน ยกเว้นส่วนที่ 3 และลงนามในส่วนที่ 6
- หมายเหตุ หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นผู้ชำระเบี้ยด้วยตนเอง กรุณาให้ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในส่วนที่ 3 ด้วย เป็นต้น

6. ปัจจุบันนี้ท่านมีส่วนร่วมในการขับเครื่องบินส่วนตัว กระโดดร่ม ขับเครื่องร่อน บอลลูน ปีนเขา ใต้เขา ดำน้ำ หรือการแข่งขันกีฬาประเภทที่มีความเสี่ยงได้แก่ การแข่งขันรถยนต์ จักรยานยนต์ เจ็ตสกี ชกมวย หรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ.....

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

9. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☐ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ ☐ เสพ/เคยเสพ

ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม

ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ปริมาณที่ดื่ม.....แก้ว/กระป๋องต่อสัปดาห์ (หมายเหตุ – เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง เบียร์ ไวน์ หรือ สุรา)

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้งดดื่มสุราหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

☐ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย ☐ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ปริมาณที่สูบบุหรี่.....มวน/วัน

12. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือลดลงจากสภาวะทางร่างกายผิดปกติ หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

13. คำถามเฉพาะผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 2 ปี

13.1 ผู้เยาว์คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดก่อนอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

ถ้าใช่ อายุครรภ์.....สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอด.....วัน

13.2 ผู้เยาว์ต้องได้รับการรักษาพิเศษหลังคลอด หรือมีความผิดปกติทางร่างกาย หรือ มีการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการช้า หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

ถ้าใช่ระบุรายละเอียด.....

13.3 ผู้เยาว์เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็นภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD หรือไม่ ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น

14. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคต่อไปนี้ก่อนอายุ 60 ปี หรือไม่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ☐ใช่ ☐ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด
16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่ ☐ไม่เคย ☐เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ / รักษา	วันเดือนปีที่รักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

17. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเองใช่หรือไม่
☐ใช่ กรุณาข้ามไปตอบคำถามตั้งแต่ส่วนที่ 5 เป็นต้นไป ☐ไม่ใช่ กรุณาตอบรายละเอียดด้านล่าง
- ข้าพเจ้า ☐ในฐานะผู้รับประโยชน์หลักและผู้ปกครองของผู้เยาว์ที่สมัครขอเอาประกันภัย (กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีอายุต่ำกว่า 16 ปี)
☐ในฐานะผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป)
- 17.1 ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) _____ ชื่อ-สกุลเดิม _____
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) _____ เพศ ☐ชาย ☐หญิง สัญชาติ _____
กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ _____ สถานภาพ ☐โสด ☐สมรส ☐หม้าย ☐หย่า อายุ _____ ปี
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เกิดที่ประเทศ _____ ความสัมพันธ์ _____
เอกสารที่ใช้แสดง ☐บัตรประจำตัวประชาชน ☐หนังสือเดินทาง Passport (กรณีชาวต่างชาติ) ☐อื่นๆ โปรดระบุ _____
เลขที่ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ วันที่หมดอายุ _____ กรณีถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่าง
ถูกต้องตามกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) โปรดระบุเลขที่ _____ วันที่หมดอายุ _____
- 17.2 ที่อยู่และที่ทำงาน ☐เหมือนกับผู้ขอเอาประกันภัย
- ก. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ ☐☐☐☐☐☐
ประเทศ _____ โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
ข. สถานที่ทำงาน _____
ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ ☐☐☐☐☐☐ ประเทศ _____ โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
- ค. สถานที่ติดต่อ ☐ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ที่ทำงาน ☐อื่นๆ ระบุ _____
- 17.3 อาชีพประจำ _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ไม่ใช่ ☐ใช่
- 17.4 ผู้รับประโยชน์รอง (โปรดระบุรายละเอียดกรณีผู้ขอเอาประกันภัยมีอายุต่ำกว่า 16 ปี)
ชื่อ-สกุล _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐ อายุ _____ ปี
ความสัมพันธ์ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ อีเมล _____ กรณีถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวร
อย่างถูกต้องตามกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) โปรดระบุเลขที่ _____ วันที่หมดอายุ _____

18. คำถามตั้งแต่ข้อ 18.1 ถึงข้อ 18.8 สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
- 18.1 ปัจจุบันผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนส่วนตัว กระโดดร่ม ขับเครื่องร่อน บอลลูน ปีนเขา ใต้เขา ดำน้ำ หรือการแข่งขันกีฬาประเภทที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การแข่งขันรถยนต์ จักรยานยนต์ เจ็ตสกี ขกมวยหรือไม่
☐ไม่มี ☐มี ถ้ามี โปรดระบุ _____
- 18.2 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่น หรือไม่ ☐ไม่มี ☐มี ดังนี้ _____

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

18.3 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการชดเชยคืนผู้สถานะเดิม หรือการชดเชยต่ออายุของกรมธรรม์ฯ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

18.4 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเสฟ หรือเคยเสฟยาเสฟติด หรือสารเสฟติด หรือไม่

☐ ไม่เสฟ/ไม่เคยเสฟ ☐ เสฟ/เคยเสฟ

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสฟติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสฟติดหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

18.5 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย

☐ ดื่ม/เคยดื่ม ปริมาณที่ดื่ม.....แก้ว/กระป๋องต่อสัปดาห์ (หมายเหตุ – เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง เบียร์ ไวน์ หรือ สุรา)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้งดดื่มสุราหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

18.6 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ ปริมาณที่สูบ.....มวน/วัน

18.7 ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือลดลงจากสภาวะทางร่างกายผิดปกติหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

18.8 บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคต่อไปนี้ก่อนอายุ 60 ปี หรือไม่

โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

19. ท่านเคยได้รับการปรึกษาจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์ทางเลือก หรือได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษ หรือ ได้รับคำแนะนำให้ตรวจติดตามเกี่ยวกับโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

คำนิยาม “การแพทย์ทางเลือก” หมายถึง การตรวจวินิจฉัยการรักษายาบาล หรือการป้องกันโรคโดยวิธีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือวิธีการอื่นๆที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน (ตามมาตรฐานเวชปฏิบัติปัจจุบัน)

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีชื่อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
19.1 โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ โรคเลือด โรคระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่				
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใจสั่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีชื่อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
19.2 โรคระบบต่อมไร้ท่อได้แก่				
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3 โรคระบบสืบพันธุ์สตรี ได้แก่				
เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี

19.4 โรคระบบทางเดินอาหารได้แก่

โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ติชาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
น้ำมโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.6 โรคระบบประสาท สมอง และโรคจิต ได้แก่

โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กลุ่มโรคจิตและโรคประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอัลไซเมอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.8 โรคที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือโรคทางพันธุกรรม ได้แก่

พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ดาวน์ซินโดรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. นอกเหนือจากโรค หรือภาวะข้างต้น ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
ปวดศีรษะรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เหนื่อยง่ายผิดปกติ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เจ็บ หรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดท้องเรื้อรัง ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท้องมาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หมดสติโดยไม่ทราบสาเหตุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี

19.5 ก่อนเนื้อ อุ้งน้ำ มะเร็ง และระบบน้ำเหลือง ได้แก่

โรคต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.7 โรคระบบทางเดินหายใจ หรือ ตา หู จมูกและคอ ได้แก่

โรคปอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรควัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สายตาศักพิการ/การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคคอหิ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.9 โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อและผิวหนัง ได้แก่

โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.10 โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่

โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.11 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่

โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคกามโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. คำถามเฉพาะสตรี

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
21.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์..... เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2 ท่านเคยมีหรือกำลังมีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

คำถามข้อ 22. ใช้สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ
ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไซนัสอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หลอดลมอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
นิ้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไขข้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ออฟติสติก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

โรค	ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)	
	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
23.1 การตรวจ หรือแนะนำให้ตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่ ถ้าเคยกรุณาให้รายละเอียดเพิ่มเติม.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2 การรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในหรือได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกหรือการปรึกษาแพทย์ที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่ ถ้าเคยกรุณาให้รายละเอียดเพิ่มเติม.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

25. โปรดแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมข้อใดข้อหนึ่ง ตามตารางด้านล่างนี้
- 25.1 หากท่านมี บุตร / ธิดา ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ โปรดระบุรายละเอียดของบุตร/ธิดา
- 25.2 หากท่านยังไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุน้อยกว่า 20 ปี) โปรดระบุรายละเอียดของบิดาและมารดา

ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

1. การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีรายได้ที่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีสถานประกอบการหรือสถานที่ติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือเสียหรือเคยเสียภาษีตามกฎหมายสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ _____
- ข. ท่านดำเนินการในนามของนิติบุคคลหรือนุคคลธรรมดาสัญชาติอเมริกันในการทำคำขอประกันชีวิตหรือไม่
- ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ถ้าใช่ โปรดระบุ _____

2. คำยินยอมและตกลง

- ก. ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA และยินยอม และตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้าหากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ข. ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ได้แย้งหรือเพิกถอนความยินยอม และคำรับรองที่ระบุไว้ในส่วนที่ 5 และ 6

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____ (_____) พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต	(ลงชื่อ) _____ (_____) ผู้ขอเอาประกันภัย
(ลงชื่อ) _____ (_____) พยาน	(ลงชื่อ) _____ (_____) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ <input type="checkbox"/> บิดา / มารดา <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)