

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทคุ้มครอง กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า... **นายโตเกียว มารีน** ...ได้ยื่นขอเอาประกันภัยชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันภัย/เอกสารเสนอขาย/บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือสัญญาเงินกู้/เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่... **3490500123950** ...กับบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่า มีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

- ☐ คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- ☐ คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน
จำนวนเบี้ยประกันภัยของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
จะ สูงกว่า การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

- การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
- ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ ได้เสียชีวิตหรือทุพพลภาพแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย ฉบับนี้
- หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลาตามข้อ 2. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับค่าเวนคืน (ถ้ามี) ตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย
โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. 02-515-3996-9 หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. 1186

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์
ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท



แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่



แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม
()

เสนอโดย ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

Tokyo M.ลงนาม
(**นายโตเกียว มารีน**)

ผู้เอาประกันภัย

วันที่ **15 มกราคม 2567** เวลา **13.00** น.

หมายเหตุ

- * กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ชำระแล้ว



ตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นได้นอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
7. กรณีข้าพเจ้าได้มีการขอสินเชื่อธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติหนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ข้าพเจ้ารับรองว่าบุคคลนั้นได้อนุญาตให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

Tokyo M.
(ลงชื่อ) ผู้ขอเอาประกันภัย
(..... นายโตเกียว มารี)

คำเตือน

- หากท่านใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
- หากท่านประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ห้าร้อยบาท) การคืนค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ตามสำเนา

Tokyo M.
(ลงชื่อ) ผู้ขอเอาประกันภัย เขียนที่ น.อุบล วันที่ 15 เดือน พ.ศ. 2567
(..... นายโตเกียว มารี)

ด้วยแสดงของพยาน หรือ ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัยว่าถูกต้องเป็นจริง

(ลงชื่อ) ณัฐิยา สหวน พยาน หรือ ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
(..... น.ส.ณัฐิยา สหวน)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธการรับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยความประพฤติกฎหมายแพ่งและอาญาฉบับมาตรา 805

คำถาม สุกขา ข้อ 6-10 ให้ตอบตามความเป็นจริง

9. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด หงุดหงิดเรื้อรัง ใช้เรื่อง โรคผิวหนังเรื้อรัง หาก "เคยมี หรือ กำลังมี" โปรดระบุรายละเอียด (อาการ วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ อาการปัจจุบัน)

☒ ไม่เคย/ไม่มี
☐ เคยมี

10. สำหรับผู้ขอเอาประกัน กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม.....

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกัน

1. การรับรองสถานะ

(1) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☒ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน
☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

(2) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้พำนักอยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

(3) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☒ ไม่มี ☐ มี

(4) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☒ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะไม่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้ขอเอาประกันประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยการภาษีอากรหรือไม่

- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามกฎหมายที่กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยการภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
☐ ไม่มีความประสงค์

ข้อความยืนยันด้วยถ้อยคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกัน และทำให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือชาติ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาระยะที่มีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เผยแพร่ และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> รวมทั้งรับทราบว่าบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย

โครงการ สหกรณ์ ม.อบล. แผนความคุ้มครอง (Coop)
 ใบคำขอเช่าประกันชีวิตเลขที่ ☐ จำนวนเงินเช่าประกันภัยลดลง ☒ จำนวนเงินเช่าประกันภัยคงที่
 (ข้อมูลพนักงานขาย)

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเข้าประกันภัย นายโตเกียว มาริน เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง
สัญชาติ ไทย อายุ 49 ปี เกิดวันที่ 1 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2519 ส่วนสูง 170 ซม. น้ำหนัก 75 กก.
☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) เลขที่ 3490500123950 วันหมดอายุ 31 ก.ค. 2575

- อย่าลืม กรอก น้ำหนัก กับ ส่วนสูง นะคะ

2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน					
เลขที่	22/2	หมู่บ้าน/อาคาร		หมู่ที่	ตรอก/ซอย
ถนน	ราชพฤกษ์	แขวง/ตำบล	บางเชือกหนัง	เขต/อำเภอ	ตลิ่งชัน
จังหวัด	กทม	รหัสไปรษณีย์	10170	โทรศัพท์	095-8931234

2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมืองที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน		กรอกเบอร์มือถือด้วยนะ: สำคัญมากละ	
เลขที่ 77	หมู่บ้าน / อาคาร	หมู่ที่	ตรอก/ซอย
ถนน บุรพาใน	แขวง/ตำบล ในเมือง	เขต/อำเภอ	เมือง
จังหวัด อปสรราชธานี	รหัสไปรษณีย์ 34000	โทรศัพท์	

2.3 ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน			
ชื่อสถานที่ทำงาน ม.อบล	เลขที่ 85 อาคาร คณะวิทยาศาสตร์	หมู่ที่	ตรอก/ซอย
ถนน สกลมารค์	แขวง/ตำบล เมืองศรีโค	เขต/อำเภอ	วารินชำราบ
จังหวัด อุบลราชธานี	รหัสไปรษณีย์ 34190	โทรศัพท์	045-353120

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☒ สถานที่ทำงาน <== เลือกเพียงที่ใดที่หนึ่ง

โทรศัพท์มือถือ 095-8931234 สำคัญมาก!! เบอร์มือถือ อีเมล Tokiomarine@ubu.ac.th

ท่านต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันชีวิต ในรูปแบบ ☒ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ ตามอีเมลที่ให้ได้ **กรอกรายได้ต่อไปด้วยนะคะ**

3. อาชีพประจำ พนักงานมหาวิทยาลัย ลักษณะงานที่ทำ... นักวิชาการการศึกษา... ลักษณะธุรกิจ... การศึกษา... รายได้ต่อปี 432,000... บาท

4. วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ **1,300,000**.....บาท ระยะเวลาผ่อนชำระ..... (เดือน /ปี) ค่างวดที่ผ่อนชำระสินเชื่อ.....บาทต่อเดือน

- จำนวนเงินเอาประกันภัย...**1,300,000**.....บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย.....**5**.....(~~เดือน~~/ปี) ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....(เดือน /ปี)

- งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☒ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายปี ☐ รายเดือน เบี้ยประกันภัยรวม.....42,494.....บาท

- จำนวนเงินเอาประกันภัยที่อนุมัติอาจต่างจากจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ โปรดตรวจสอบจำนวนเงินเอา

- ประกันภัยจากหนังสือรับรองการประกันชีวิต

5. ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมธรรมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้ที่ผู้ขอเอาประกันยังมีกับผู้ถือกรรมธรรมประกันภัย ถ้าเกิดจากการชำระ

- ให้กับผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประกันภัยตามอัตราส่วนแบ่งของผู้รับประกันภัย ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆ กัน

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|------------|------|-------------------|-----|
| ข้อและนามสกุลผู้รอบบกระเษนรอง 5.1 | นางเอกะ มารุ | ความสัพพณ์ | มารุ | รยลระของผลบกระเษน | 100 |
| 5.2 | | คณสัพพณ์ | | คณสัพพณ์ | |

- 5/2 ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

6. ท่านเคยถูกขู่หรือเลือกการรับประณาย เพื่อบริการแบบประณาย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเช่าประณายหรือการขอ
 ปล่อยเช่าที่ดินหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย

- ตัว "เคย" ในประโยคขยายด้วยกรรมประเภทยาอ จากประโยคหรือประโยคบางประโยค

- [illegible]

7. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือไม่เคย

- การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วย

- เครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษา

- ใด ๆ หรือไม่ หาก "เคย" โปรดระบุรายละเอียด (โรค วัน/เดือน/ปีที่รับการตรวจ/รักษา ผลการตรวจ/รักษา สถานพยาบาลที่ตรวจ/

- รักษา)

8. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ดังต่อไปนี้หรือไม่ ☒ ไม่เคย/ไม่มี

- โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพาต โรคชัก โรคปอด หรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่ง ☐ เคย/มี

- พอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับอ่อน

- อีกเสบ โรคไต โรคเอสแอลอี โรคเลือด โรคเบาหวาน เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทาง

- ร่างกาย โรคจิตเวช โรคระบบประสาท โรคซึมเศร้า หาก “เคย” โปรดระบุรายละเอียด (โรค วัน/เดือน/ปีที่รับการวินิจฉัย/การรักษา/

- ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์

- [illegible]

คำถาม สุขภาพ ข้อ 6-10 ให้ตอบตามความเป็นจริง



APP-CP002