



12345678900

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
สำนักงานใหญ่
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ก: เบี้ยเงิน 0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบสมัครสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ใบคำขอเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....

หนังสือรับรองเลขที่.....

รหัสแบบประกันภัย.....

ตัวอย่าง

สำหรับธนาคาร / สถาบันการเงินอื่น ๆ / สหกรณ์ เพื่อกรอกข้อมูล

ประเภทสินเชื่อ	☐ กู้บ้าน	☐ กู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน	☐ อื่นๆ.....
แผนประกันภัย	แบบทุนลดลง ☐ แผนความคุ้มครอง A	☐ แผนความคุ้มครอง B	☐ แผนความคุ้มครอง C อัตราดอกเบี้ย.....%
	แบบทุนคงที่ ☐ แผนความคุ้มครอง E	☐ แผนความคุ้มครอง F	☐ แผนความคุ้มครอง G
ชื่อสหกรณ์ออมทรัพย์.....		ชื่อตัวแทน.....	เลขที่ใบอนุญาต.....

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตคุ้มครองสินเชื่อ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายสุวัฒน์ ใจดี ปีใหม่ ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย สถานภาพ ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อายุ 37 ปี เกิดวันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2526 เอกสารที่ใช้แสดง ☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ อื่นๆ..... เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว 191001619086
วันครบหมดอายุ 18 กันยายน 2568 ชื่อภรรยา/สามี นางสาวสังกานต์ สืบชาติ (ไม่จดทะเบียน)
- ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ 35/12 หมู่บ้าน/อาคาร ชัยภูมิ หมู่ที่..... คร./ก/ซอย 1/3
ถนน วิทยนาถ แขวง/ตำบล ท่าทราย เขต/อำเภอ เมือง จังหวัด ชลบุรี ประเทศไทย ไทย
รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์บ้าน 02 952 8819 โทรศัพท์มือถือ 089 123 4568 อีเมล.....
ข. สถานที่ทำงาน บ. ไทยอุตสาหกรรม จก. อาคาร..... เลขที่ 152 หมู่ที่..... ครอก/ซอย..... ถนน บ้านนอก
แขวง/ตำบล รัชดาภิเษก เขต/อำเภอ รัชดาภิเษก จังหวัด กทม. ประเทศไทย ไทย รหัสไปรษณีย์ 10500 โทรศัพท์.....
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 35/12 หมู่บ้าน/อาคาร ชัยภูมิ หมู่ที่..... คร./ก/ซอย 1/3
ถนน วิทยนาถ แขวง/ตำบล ท่าทราย เขต/อำเภอ เมือง จังหวัด ชลบุรี ประเทศไทย ไทย
รหัสไปรษณีย์ 10110 โทรศัพท์บ้าน 02 952 8819 โทรศัพท์มือถือ 089 123 4568 อีเมล.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ (ในประเทศไทย) ☒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ พนักงานบริษัท ตำแหน่ง ผู้จัดการ ลักษณะงานที่ทำ ผลิตอุปกรณ์
ลักษณะธุรกิจ อุตสาหกรรมผลิต
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ.....
- วัตถุประสงค์ในการขอสินเชื่อ
ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ ค่าเช่ารถในขณะที่ยังขอเอาประกันภัย 300,000 บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,500,000 บาท
ผู้กู้ร่วม ☒ ไม่มี ☐ มี..... คน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 1..... ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ยังขอเอาประกันภัย..... บาท
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 2..... ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ยังขอเอาประกันภัย..... บาท
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 3..... ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ยังขอเอาประกันภัย..... บาท
- ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ 20 ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย 10 ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย.....% จำนวนเบี้ยประกันภัย 32,100 บาท วงลดชำระเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว)
- ผู้รับประกันได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค่างชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลประโยชน์ร้อยละ	ที่อยู่
นางสาวสังกานต์ สืบชาติ	32	ภรรยา (ไม่จดทะเบียน)	50	ตามทะเบียนบ้าน
ด.ช. เบลล์ ใจดี	6	บุตร	50	"

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เดือนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียด) บริษัท.....เมื่อ.....
8. ท่านเสพยาหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย ปริมาณ.....ความถี่..... ☐ เล็กเสพเมื่อ.....
9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☒ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ดื่มมานาน.....ปี ☐ เล็กดื่ม เมื่อ.....
10. ท่านสูบบุหรี่เคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☒ ไม่สูบ ☐ สูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เล็กสูบ เมื่อ.....
11. ส่วนสูง.....180.....ซ.ม. น้ำหนัก.....70.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☒ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ☐ ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☒ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี
- หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคคอตีบหรือไอกรน
☐ โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	☐ โรคหลอดเลือด	☐ โรคไต	☐ เนื้องอก ก่อนหรือดื่มน้ำ
☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคเมะเร็ง
☐ โรควัณโรค	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคเก๊าท์	☐ โรคเบาหวาน
☐ โรคหอบหืด	☐ โรคความดันโลหิตสูง	☐ โรคเลือด	☐ โรคไทรอยด์
☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ โรคถุงลมโป่งพอง		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และการบำบัดปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

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

14. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

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

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☒ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกานาน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ☒ ไม่มี ☐ มี

15. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัท" อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนที่ข้าพเจ้าจะทำการเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับความคุ้มครองประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันก่อนบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวบริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับความคุ้มครองประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันด้วยตนเองหรือคำตอบในคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในคำขอนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันความประสงค์ขอใช้สิทธิชดเชยเงินภาษีเงินได้

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิชดเชยเงินภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

สมัครขอสมัครทำประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ).....นายหน้า

(ลงชื่อ).....นายหน้า

(.....)

(นายสุวิทย์ ใจปิ่ม)

ใบอนุญาตเลขที่.....

ผู้เอาประกันภัย