

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้อง
ตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน
ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-สกุล (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) นางสาว กรุงไทย รักแอกซ่า เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง ส่วนสูง 165 ซม. น้ำหนัก 55 กก.
2. วัน เดือน ปีเกิด 20 กันยายน 2525 อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา 36 ปี สถานะ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
3. เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย เลขที่ประจำตัวประชาชน 1-2-3-4-5-6-7-8-9-0-1-1-1
4. ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ 123 อาคาร/หมู่บ้าน สัมมากร-รามคำแหง หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย ถนน รามคำแหง แขวง/ตำบล สะพานสูง เขต/อำเภอ สะพานสูง จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 1 0 2 4 0 โทรศัพท์ 02-2229999 โทรศัพท์มือถือ 092-1234567
5. สถานที่ทำงาน สหกรณ์ออมทรัพย์กรุงไทย แอ็กซ่า ประเภทธุรกิจ สถาบันการเงิน อาชีพ พนักงาน ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ หน้าที่รับผิดชอบ รับฝากเงิน-ถอนเงิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีคนบุคคล ห้างร้าน หรือบริษัทฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

6. คนบุคคล ห้างร้าน บริษัท เลขที่ อาคาร หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

7. แบบการประกันภัย	8. อัตราดอกเบี้ย (ประกัน)	9. ระยะเวลา (ประกัน) (ปี)	10. จำนวนเงินเอาประกันภัย	11. เบี้ยประกันภัย (บาท)
MRTA (ความคุ้มครองลดลง)		คุ้มครอง 8 ระยะภัย 8	800,000.00	12,600.00

12. ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ สหกรณ์ออมทรัพย์กรุงไทย แอ็กซ่า ตามภาระหนี้สินที่ค้างชำระถ้ามีเงินเหลือจ่าย [กรณีระบุ 100% ของเงินที่เหลือภายหลังจากหักชำระหนี้สินที่ค้างชำระแก่ ทายาท] แล้วให้แก่
(1) นางสาวไทย รักแอกซ่า / ความสัมพันธ์ มารดา (50 %)
(2) นายสมรัก รักแอกซ่า / ความสัมพันธ์ บิดา (50 %)

13. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
☒ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

14. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่
☐ ไม่เป็น ☒ เป็น (ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด)

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น
นางสาวไทย รักแอกซ่า (มารดา)	โรคเบาหวาน	48 ปี

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษ หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☒ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหีน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพาต/โรคอัมพฤกษ์	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเกาต์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติ
	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุวันที่ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษ หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
.....
.....

16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☒ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
ตรวจสุขภาพประจำปี	พ.ศ. 2560	โรงพยาบาลพญาไท 2	ปกติ	-
.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

☐ ไม่เคย ☒ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษ	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
ผ่าตัดเนื้องอกที่มดลูก	20 มีนาคม 2558	โรงพยาบาลพญาไท 2	ขึ้นเนื้อปกติ
.....

ส่วนที่ 3 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☒ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน
เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่อกรกรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☒ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ☒ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูล ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้อำนาจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้อำนาจ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมายกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA


ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้อำนาจตามกฎหมาย FATCA บริษัท ต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศ สหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมายกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมยินยอมหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้อำนาจ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกฎหมายกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกฎหมายกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกฎหมายกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ 
()
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันเป็นคนบุคคล ห้างร้าน หรือบริษัทฯ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้เอาประกันชำระค่าเบี้ยประกันแบบชำระครั้งเดียว ☐ เป็นเงินสด ☐ รวมในวงเงินกู้ ประเภทสินเชื่อ ☐ ที่อยู่อาศัย ☐ บุคคล ☐ SME ☐ ธุรกิจ ☐ รถยนต์
สัญญาเงินกู้เลขที่ ยอดเงินกู้ ณ ปัจจุบัน กรณีผู้ร่วมการระบุ ชื่อ-นามสกุล

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. ชื่อ-นามสกุล พนักงาน
2. รหัสพนักงาน
3. เลขที่ใบอนุญาตนายหน้า/ประกันชีวิต
4. สาขา/ศูนย์
5. เบอร์โทรศัพท์ต่อ

