



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ  
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา  
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยประเภทสามัญชนิดทั่วไป แบบประกัน  
 แบบไม่ต้องตรวจสุขภาพ  ทั่วไป  
 แบบตรวจสุขภาพ  ยูนิเวอร์แซลไลฟ์

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย  เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ   
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า อายุ  ปี เกิดวันที่  เดือน  พ.ศ.   
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ   
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่

2. โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ

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

3. อาชีพประจำ/ตำแหน่ง

ลักษณะงานที่ทำ   
รายได้ต่อปี  บาท  
สถานที่ทำงาน   
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี)   
ลักษณะงานที่ทำ   
รายได้ต่อปี  บาท  
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

4. คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) หรือผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ชำระ  
เบี้ยประกันภัยด้วยตัวเอง

ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  ระบุความสัมพันธ์   
ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เกิดวันที่  เดือน  พ.ศ.  อายุ  ปี เพศ  ชาย  หญิง  
สัญชาติ  สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ   
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่   
รายได้ต่อปี  บาท  
โปรดระบุสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
  
  
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์

**5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย**

แบบประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> 12 พีแอล (85/12)	12PL	<input type="checkbox"/> โรคร้ายแรง	DCI
<input type="checkbox"/> 25 พีแอล (90/25)	25PL	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะ	AP
<input type="checkbox"/> ทวีทรัพย์	25PG	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุค่ารักษา	ECARE
<input type="checkbox"/> สมาร์ท เซฟเวอร์	20SS	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลพิเศษ	MEA+
<input type="checkbox"/> สินเกียณ	PR60	<input type="checkbox"/> ชดเชยรายวัน	MEB
<input type="checkbox"/> ชั่วระยะเวลา <input type="text"/> ปี (5,10,12,15)	PLB	<input type="checkbox"/> ชั่วระยะเวลา <input type="text"/> ปี (5,10,12,15)	PLS
<input type="checkbox"/> โอโพเทค 5	5WL85	<input type="checkbox"/> ยกเว้นเบี้ยประกันภัย	WP
<input type="checkbox"/> โอโพเทค 10	10WL85	<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ชนมรดกกรมผู้ชาระเบีย	WPD01
<input type="checkbox"/> โอโพเทค 85	WLNP85	<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ชาระเบีย	WPDD01
<input type="checkbox"/> โลพีเลกาซี 60 (ชนิดไม่มีเงินปันผล)	WLNP60L	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	CPR
<input type="checkbox"/> โลพีเลกาซี 99 (ชนิดไม่มีเงินปันผล)	WLNP99L	<input type="checkbox"/> ชดเชยรายวันสำหรับโรคมะเร็ง	HIC
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 05	WLCI05	<input type="checkbox"/> ยกเว้นเบี้ยจากโรคมะเร็ง	WPC
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 10	WLCI10	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 15	WLCI15	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> โอซิลด์ 20	WLCI20	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> โอริไทร์ ซิงเกิ้ล เพย์	R01	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> โอริไทร์ 5 เพย์	R05	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

แบบประกันโอพลัส	จำนวนเงินเอาประกันภัย	สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> สัญญาหลักโอพลัส	IPLUS	สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ	AP10IP
		(เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลัก)	
		สัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง	TCH10IP
		(50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาหลัก)	

**แบบประกันคุ้มครองโรคร้ายแรงเริ่มต้น (ESCI)**

<input type="checkbox"/> สัญญาหลักโอโพเทค 85	WLNP85	<input type="text" value="100,000"/>				
<b>สัญญาเพิ่มเติม</b>	<b>จำนวนเงินเอาประกันภัย</b>					<b>ยกเว้นเบี้ยประกันภัยโรคร้ายแรง</b>
<input type="checkbox"/> ES (5..., 50) WP (แบบสมัครเดี่ยวไม่มีส่วนลด)	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 2,500,000	<input type="checkbox"/> 1,000,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000	<input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000	<input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 5,000,000		<input type="checkbox"/> WPE
<input type="checkbox"/> ES (5..., 50) WPD (แบบครอบครัวและมีส่วนลด)	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 2,500,000	<input type="checkbox"/> 1,000,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000	<input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000	<input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 5,000,000		<input type="checkbox"/> WPD

**แบบประกันชีวิตและสุขภาพ โอเฮลท์ดี**

<input type="checkbox"/> คุ้มครองชีวิตสุขภาพ 60 (ชนิดไม่มีเงินปันผล)	PWLNP60	<input type="text" value="50,000"/>
<input type="checkbox"/> คุ้มครองชีวิตสุขภาพ 85 (ชนิดไม่มีเงินปันผล)	PWLNP85	<input type="text" value="50,000"/>

**แผนประกัน**

แผนประกัน	อาณาเขตความคุ้มครอง
<input type="checkbox"/> แผนแพลทินัม	MEH5 <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> เอเชีย <input type="checkbox"/> ทั่วโลกยกเว้นสหรัฐฯ <input type="checkbox"/> ทั่วโลก
<input type="checkbox"/> แผนไดมอนด์	MEH6 <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> เอเชีย <input type="checkbox"/> ทั่วโลกยกเว้นสหรัฐฯ <input type="checkbox"/> ทั่วโลก
<input type="checkbox"/> แผนโกลด์	MEH7 <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> เอเชีย
<input type="checkbox"/> แผนซิลเวอร์	MEH8 <input type="checkbox"/> ไทย
<input type="checkbox"/> แผนสมาร์ท	MEH9 <input type="checkbox"/> ไทย

**6. ข้อมูลการชำระเบี้ยประกันภัย และการรับเงินคืน/เงินปันผล**

จำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยนี้  บาท ได้รับใบรับเงินชั่วคราวเลขที่

ชำระเป็น  เงินสด  เช็ค  บัตรเครดิต

กรณีเลือกการประกันแบบ  (โปรดระบุจำนวนเบี้ยประกันภัยหลัก และจำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ)

จำนวนเบี้ยประกันภัยหลัก (Regular Premium) ที่ต้องชำระงวดละ  บาท (รายปีขั้นต่ำ 15,000 บาทต่องวด)

จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติมพิเศษ (Top-Up Premium) ที่ต้องการชำระพร้อมเบี้ยประกันภัยหลัก  บาท

(ขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อครั้ง สูงสุดไม่เกินเบี้ยประกันภัยหลักต่อปี)

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย  รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี  ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญา เลือก  ขอรับเป็นเงินสด  นำไปชำระเบี้ยประกันภัย  คงไว้กับบริษัท

**คำเตือน** หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

**7. น้ำหนัก/ส่วนสูง**

กรณีที่คุณหรือลูกของคุณเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณากรอกรายละเอียดในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

		ผู้ขอเอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
กรุณาระบุส่วนสูง และน้ำหนัก ของท่าน	ส่วนสูง (เมตร)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	เพิ่มขึ้น (กิโลกรัม)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ลดลง (กิโลกรัม)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง	<input type="text"/>	<input type="text"/>
โปรดระบุสาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**8. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)**

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) ผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลเดียวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ฉะนั้นไม่ต้องระบุผู้รับประโยชน์

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"/>

	ผู้ขอเอาประกันภัย		ถ้า "ใช่/เคย" โปรดระบุรายละเอียด
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. ท่านสูบ หรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุชนิด ปริมาณการสูบต่อวัน และจำนวนปีที่สูบ ถ้าท่านหยุดสูบแล้ว โปรดระบุวัน เดือน ปีที่เลิกสูบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ถ้าใช่ กรุณาระบุชนิดเครื่องดื่ม และปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อสัปดาห์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ถ้าใช่ กรุณาระบุชนิด ปริมาณการเสพ ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์) และจำนวนปีที่เสพ ถ้าท่านเลิกเสพแล้ว โปรดระบุวันเดือนปีที่เลิกเสพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด

บริษัท	เลขที่กรมธรรม์	ประเภทความคุ้มครอง (ชีวิต/โรคร้ายแรง/อุบัติเหตุ)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	สถานะกรมธรรม์
<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 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีที่คุณเป็นผู้ขอประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุ 0-15 ปี) และผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบคำถามในช่องผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างไรก็ดีอย่างหนึ่งไปรตระนู วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษารักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษารักษา
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรคตามรายการดังต่อไปนี้หรือไม่					
15.1 โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเลือด ม้ามโต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.2 โรคมะเร็ง โรคต่อมไทรอยด์ผิดปกติ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.3 โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต โรคถุงลมโป่งพอง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคสายตาสั้น การจ้องประสาทตา ต้อหิน โรคชัก โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม พิการทางร่างกาย โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคประสาท ตาวัณโรค โรคมะเร็งหรือทางเดินน้ำดี โรคตีชาน โรคไทรอยด์ โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.4 โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.5 โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง กามโรค (ภายใน 2 ปี) โรควัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมบิดา และ/หรือ มารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือไวรัสตับอักเสบ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่					
18.1 เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหนื่อยง่ายผิดปกติ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก จำเผลอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.2 คลำพบก้อนเนื้อ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.3 การมองเห็นผิดปกติ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง มีพัฒนาการช้า ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ท้องมาน ท้องเสียเรื้อรัง มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.4 ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.5 ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่					
19.1 อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.2 น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.3 ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.4 ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.5 โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เฉพาะสตรี (อายุ 10 ปีขึ้นไป เท่านั้น)

	ผู้ขอเอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		ถ้า "ใช่" โปรดระบุรายละเอียด
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
20. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ หากใช่ โปรดระบุอายุครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. สำหรับสตรีมีครรภ์ ท่านมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์หรือไม่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรืออื่น ๆ ถ้าไม่มี กรุณาระบุ N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง ของผู้ขอเอาประกันภัย**

	ผู้ขอเอาประกันภัย		กรณีที่เคยเป็นโรค/อาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการรักษา การรักษาอาการในปัจจุบัน รวมถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	
22. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการต่อไปนี้หรือไม่			
22.1 โรคต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง โรคกรดไหลย้อน โรคนิวโรคถุงน้ำดีอักเสบ โรคไส้เลื่อน โรคกรดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ฝีคันทสูตร โรคภูมิแพ้อากาศ โรคไซนัสอักเสบ โรคคอทิสติก			
โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคติดเชื้อในหูชั้นกลาง			
โรคปวดศีรษะไมเกรน โรคสมาธิสั้น เยื่อบุคดลูกเจริญผิดที่			
22.2 โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท โรคข้อเสื่อม โรคเส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
โรคเส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ			

23. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)


**ส่วนที่ 5 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
- โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 6 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  เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี  มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ไม่มี  มี

**2. คำยินยอมและตกลง**

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท กรุงเทพ-เอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

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

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

ลงชื่อ   
(  )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ   
(  )

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทรอกเท่านั้น

1. ชื่อตัวแทน/นายหน้า   
รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต
2. ชื่อตัวแทน/นายหน้า   
รหัสตัวแทน/เลขที่ใบอนุญาต