

บริษัท ไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การประกันชีวิตกลุ่มค่าประกันเงินกู้ (คุ้มครองชีวิต)

ตารางแสดงอัตราเบี้ยประกันภัยรวมชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 100,000 บาท

สำหรับเพศหญิง

อายุ	ระยะเวลาในการส่งชำระเงินกู้							
	2 ปี	3 ปี	4 ปี	5 ปี	6 ปี	7 ปี	8 ปี	9 ปี
22	-	261	269	338	410	447	516	586
23	-	266	274	345	417	455	526	598
24	-	271	278	350	424	464	536	609
25	-	275	283	356	432	473	546	624
26	-	280	288	364	441	483	560	640
27	-	285	294	372	452	497	576	660
28	-	292	302	383	465	513	596	683
29	-	301	311	395	482	532	619	711
30	-	311	323	410	502	554	646	743
31	-	325	338	429	526	581	677	778
32	-	340	354	450	551	608	710	815
33	-	357	372	473	579	639	745	855
34	-	375	391	497	608	671	782	896
35	-	394	410	521	638	704	819	939
36	-	414	430	547	669	737	857	983
37	-	434	452	573	699	770	896	1,030
38	-	455	473	599	730	806	939	1,079
39	-	475	492	625	762	842	984	1,133
40	-	493	512	652	797	883	1,034	1,193
41	-	510	533	680	836	929	1,090	1,262
42	-	540	564	721	888	988	1,163	1,349
43	-	573	599	769	948	1,057	1,246	1,450
44	-	611	641	822	1,016	1,136	1,343	1,568
45	-	655	688	885	1,096	1,229	1,457	1,706
46	-	706	743	958	1,190	1,338	1,591	1,868
47	-	765	807	1,044	1,301	1,467	1,750	2,059
48	-	835	884	1,147	1,433	1,620	1,936	2,284
49	-	920	976	1,268	1,589	1,801	2,156	2,548
50	-	1,020	1,085	1,413	1,773	2,012	2,413	2,853
51	-	1,139	1,213	1,583	1,989	2,259	2,710	3,206
52	-	1,279	1,364	1,780	2,238	2,543	3,051	3,607
53	-	1,441	1,538	2,008	2,525	2,867	3,438	4,063
54	-	1,628	1,737	2,268	2,849	3,234	3,874	4,572
55	-	1,841	1,963	2,561	3,215	3,644	4,361	5,141
56	-	2,081	2,217	2,888	3,622	4,101	4,901	5,772
57	-	2,348	2,498	3,253	4,073	4,607	5,500	6,471
58	-	2,644	2,812	3,655	4,573	5,167	6,162	7,243
59	-	2,973	3,156	4,100	5,126	5,786	6,896	8,098
60	-	3,335	3,540	4,595	5,738	6,474	7,709	9,045
61	-	3,739	3,965	5,143	6,420	7,237	8,611	10,094
62	-	4,189	4,439	5,756	7,179	8,087	9,613	-
63	-	4,693	4,972	6,441	8,028	9,033	-	-
64	-	5,261	5,568	7,208	8,973	-	-	-
65	-	5,898	6,237	8,063	-	-	-	-

สำหรับเพศชาย

อายุ	ระยะเวลาในการส่งชำระเงินกู้							
	2 ปี	3 ปี	4 ปี	5 ปี	6 ปี	7 ปี	8 ปี	9 ปี
22	-	725	818	1,026	1,237	1,345	1,542	1,742
23	-	734	828	1,037	1,248	1,355	1,554	1,755
24	-	740	833	1,042	1,254	1,362	1,562	1,764
25	-	743	835	1,045	1,257	1,366	1,567	1,772
26	-	743	837	1,047	1,260	1,371	1,574	1,782
27	-	744	839	1,050	1,265	1,379	1,585	1,797
28	-	747	842	1,057	1,275	1,391	1,602	1,819
29	-	752	849	1,067	1,290	1,409	1,625	1,850
30	-	760	860	1,082	1,310	1,434	1,658	1,890
31	-	771	875	1,103	1,337	1,467	1,699	1,941
32	-	788	895	1,130	1,373	1,509	1,751	2,003
33	-	808	920	1,164	1,418	1,560	1,814	2,079
34	-	834	950	1,205	1,471	1,621	1,887	2,166
35	-	866	988	1,255	1,534	1,693	1,973	2,266
36	-	903	1,032	1,312	1,606	1,774	2,069	2,380
37	-	946	1,083	1,378	1,687	1,865	2,178	2,507
38	-	995	1,139	1,451	1,777	1,967	2,299	2,647
39	-	1,049	1,202	1,531	1,877	2,079	2,430	2,796
40	-	1,107	1,269	1,618	1,986	2,200	2,569	2,957
41	-	1,169	1,342	1,714	2,102	2,327	2,717	3,128
42	-	1,243	1,428	1,820	2,228	2,466	2,881	3,319
43	-	1,324	1,517	1,929	2,362	2,614	3,056	3,525
44	-	1,404	1,604	2,040	2,501	2,772	3,245	3,749
45	-	1,478	1,691	2,156	2,649	2,941	3,451	3,992
46	-	1,545	1,778	2,278	2,807	3,125	3,675	4,259
47	-	1,657	1,909	2,446	3,016	3,361	3,955	4,587
48	-	1,781	2,053	2,633	3,249	3,623	4,265	4,952
49	-	1,919	2,213	2,840	3,507	3,913	4,611	5,357
50	-	2,072	2,391	3,071	3,794	4,237	4,997	5,809
51	-	2,243	2,590	3,328	4,116	4,599	5,426	6,312
52	-	2,434	2,813	3,617	4,475	5,003	5,907	6,874
53	-	2,648	3,063	3,939	4,877	5,455	6,443	7,502
54	-	2,888	3,342	4,300	5,326	5,961	7,043	8,203
55	-	3,156	3,654	4,704	5,829	6,526	7,713	8,985
56	-	3,458	4,005	5,158	6,393	7,159	8,461	9,855
57	-	3,797	4,398	5,666	7,025	7,865	9,295	10,822
58	-	4,179	4,841	6,237	7,731	8,654	10,220	11,888
59	-	4,608	5,339	6,876	8,519	9,529	11,243	13,059
60	-	5,090	5,895	7,589	9,393	10,493	12,362	14,334
61	-	5,629	6,514	8,375	10,353	11,546	13,576	15,710
62	-	6,226	7,196	9,238	11,397	12,684	14,881	-
63	-	6,881	7,937	10,169	12,519	13,900	-	-
64	-	7,588	8,735	11,165	13,712	-	-	-
65	-	8,344	9,583	12,221	-	-	-	-



บริษัท ฟีนิกซ์ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

PHOENIX INSURANCE (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED

ทะเบียนเลขที่ 0107556000060

เอกสารฉบับนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

หนังสือยินยอมและเห็นชอบจากผู้กู้

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

ซึ่งเป็นผู้กู้เงินตามสัญญาเงินกู้ยืมเงินเลขที่..... ลงวันที่.....

จำนวนเงินกู้..... บาท ที่ได้ทำสัญญากู้ยืมเงินไว้กับ

ในฐานะผู้ให้กู้ นั้น ข้าพเจ้าตกลงให้ความยินยอมดังนี้

1. ในกรณีข้าพเจ้าผิดนัดชำระหนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กู้นำทรัพย์สินและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับผู้ให้กู้ทั้งหมดมาหักชำระหนี้ค้างชำระได้ก่อนเป็นอันดับแรก
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทประกันภัยซึ่งชำระหนี้แทนผู้ค้ำประกันมีสิทธิไถ่เบีย้เอาจากข้าพเจ้าได้ทันทีตามจำนวนเงินที่ได้ชดใช้ไปนั้น ในฐานะผู้ค้ำประกันตามมาตรา 229,693 และในฐานะผู้รับประกันภัยตามมาตรา 880 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ลงชื่อ.....ผู้กู้

()

วันที่



บริษัท ฟีนิกซ์ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

PHOENIX INSURANCE (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED

ทะเบียนเลขที่ 0107556000060

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยผู้ค้าประกัน

ผู้เอาประกันภัย/ผู้ค้าประกัน

ทำที่

วันที่

ด้วยข้าพเจ้า/ผู้ค้าประกันดังรายชื่อต่อไปนี้

- 1)เลขที่สมาชิก.....ตำแหน่ง.....
เงินเดือน.....บาท อายุงาน.....ปี.....เดือน สถานะสมรส สมรส โสด หย่า บุตร.....คน
- 2)เลขที่สมาชิก.....ตำแหน่ง.....
เงินเดือน.....บาท อายุงาน.....ปี.....เดือน สถานะสมรส สมรส โสด หย่า บุตร.....คน
- 3)เลขที่สมาชิก.....ตำแหน่ง.....
เงินเดือน.....บาท อายุงาน.....ปี.....เดือน สถานะสมรส สมรส โสด หย่า บุตร.....คน

รายละเอียดการทำประกันภัย

มีความประสงค์ที่จะเอาประกันภัยความรับผิดในนามของผู้ค้าประกันให้กับผู้กู้ สำหรับจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระเกิน 2 งวด ติดต่อกันตามสัญญาผู้ค้าประกันที่ตกลงกันไว้ และผู้กู้ได้พ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกของผู้ให้กู้แล้วเท่านั้น โดยสัญญาผู้ค้าประกันดังกล่าวต้องมีความผูกพันตามสัญญาเงินกู้

ประเภท.....เลขที่.....วันที่.....จำนวนเงิน.....บาท
มีระยะเวลาชำระคืน.....อัตราดอกเบี้ย (%).....หลักทรัพย์ประกัน (ถ้ามี).....

*จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ความรับผิดชอบส่วนแรกที่ผู้เอาประกันจะต้องรับผิดชอบเอง ร้อยละ.....ของจำนวนเงินเอาประกันภัย หรือ.....บาท
อย่างหนึ่งอย่างใดแล้วแต่จำนวนใดจะมากกว่า (* จำนวนเงินเอาประกันภัย หมายถึง จำนวนเงินที่มีความเสี่ยงภัย คือ เงินกู้หักด้วยมูลค่าหุ้นของผู้กู้) ทั้งนี้จำนวนความรับผิด คือ ยอดเงินต้นที่เหลือ (ไม่รวมดอกเบี้ยและอุปกรณ์แห่งหนี้เงินกู้นั้น) หักด้วยทรัพย์สินและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้กู้ที่มีอยู่กับผู้ให้กู้ทั้งหมดแล้วหักด้วยความรับผิดชอบส่วนแรกที่ผู้เอาประกันจะต้องรับผิดชอบเอง

คำรับรองของผู้เอาประกันภัย/ผู้ค้าประกัน

ขอรับรองว่าคำแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ค้าประกัน ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ค้าประกัน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 411 อาคาร U Tower ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทร. (02) 731-7799 โทรสาร (02) 731-7727-8

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยชีวิตต้องตอบคำถาม ตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

คำขอเอาประกันภัยกลุ่ม (สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย)

- 1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์
2. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว) เพศ ชาย หญิง
อายุ ปีเกิดวันที่ เดือน พ.ศ. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย ชื่อคู่สมรส อาชีพคู่สมรส
3. เป็นพนักงานสมาชิก ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ตำแหน่งและลักษณะงานปัจจุบัน
4. ที่อยู่/สถานที่ติดต่อเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
5. ผู้รับประโยชน์ ชื่อ - นามสกุล ความสัมพันธ์ อายุ ที่อยู่/สถานที่ติดต่อ
6. โปรดทำเครื่องหมายกากบาท หน้าโรคต่อไปนี้ เฉพาะที่ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็น หรือ เคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ ได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ถ้าไม่เคยไม่ต้องตอบข้อนี้)
ตา, หู, คอ, จมูก โรคลมชัก โรคจิต โรคทางสมองหรือระบบประสาท
วัดโรค, ทีด, ทอบ โรคหัวใจ โรคปอด โรคตับ
โรคกระเพาะ โรคลำไส้ โรคไต โรคมะเร็งหรือเนื้องอก
กามโรค โรคเบาหวาน โรคผิวหนัง โรคไขข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์
โรคความดันโลหิต โรคอื่นๆที่เคยเป็นจะต้องระบุให้ชัดเจน
ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด ความเจ็บป่วย/การรักษา/แพทย์ผู้รักษาและสถานพยาบาลที่รักษา
7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยคำที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏว่าไม่เป็นความจริง หรือข้าพเจ้าปกปิดไม่แจ้งข้อเท็จจริงให้บริษัทฯ ทราบ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ทำการบอกล้างสัญญา ที่บริษัทฯ รับประกันภัยของข้าพเจ้าไว้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 ได้
8. ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใด ๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าหรือที่ทำการรักษา หรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงหรือเรื่องที่ได้ทราบจากการรักษา หรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัทฯ ทราบตามความต้องการทุกประการ
ทำที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย

(สำหรับบริษัทฯ)
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ ไปรับรองเลขที่
ทุนประกันชีวิต ทุนประกันอุบัติเหตุ
วันเริ่มความคุ้มครอง วันครบต่ออายุสัญญา
ประเภทสมาชิก พนักงาน/สมาชิก คู่สมรส บุตร อื่นๆ(ระบุ)



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

411 อาคารยูทาวเวอร์ ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร. 0-2731-7799 โทรสาร. 0-2731-7727-28

U Tower, 411 Srinagarindra Road, Suanluang, Bangkok 10250 Tel. 0-2731-7799 Fax. 0-2731-7727 to 28

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองเงินเชื่อ สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....
- เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
- อายุ.....ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
- เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... วันหมดอายุ.....
- หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....
- อื่น ๆ.....

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....
..... วันบัตรหมดอายุ.....

2. ที่อยู่และที่อยู่ปัจจุบัน

- ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
- ข. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ค. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี.....บาท

4. ชื่อผู้ถือกรรมสิทธิ์.....
จำนวนเงินกู้ที่ยื่นกู้หรือจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระกับผู้ถือกรรมสิทธิ์.....บาท
ระยะเวลาผ่อนชำระ.....ปี อัตราดอกเบี้ยเงินกู้..... ต่อปี

5. จำนวนเงินขอเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาขอเอาประกันภัย.....ปี

ความคุ้มครองตามแบบที่เลือก

- แบบคุ้มครองชีวิต แบบคุ้มครองชีวิตและทุนสภาพถาวรสิ้นเชิง

ความคุ้มครองตามจำนวนเงินเอาประกันภัย

- จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท

6. ผู้รับผลประโยชน์ได้แก่ผู้รับประโยชน์หลักเฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รอง ดังนี้

ชื่อและนามสกุล	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/เอกสารที่ หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
.....
.....
.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย จาก บริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
.....
.....
.....

8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับ โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

9. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เพิ่มขึ้น ลดลง จำนวน.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

10. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรควัณโรค โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคไต โรคตับ โรคอัมพาต โรคหอบหืด โรคไทรอยด์ โรคเก๊าท์ โรคเลือด โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคจิต โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคชักหรือมีความบกพร่องพิการ ทางร่างกายหรือไม่

ชื่อโรค	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย/การรักษา /ตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
.....
.....
.....

11. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอ็กซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
.....
.....
.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาล หรือการตรวจใดๆ ที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
.....
.....
.....

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

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 20 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้อความยืนยันด้วยถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

<p>1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้</p> <p>2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย</p> <p>ลงชื่อ (.....) พยาน</p> <p>ลงชื่อ (.....) ผู้ขอเอาประกันภัย</p>

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ - สกุล (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) เพศ ชาย หญิง ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
- วัน เดือน ปีเกิด อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี สถานะ โสด สมรส หม้าย หย่า
- เชื้อชาติ สัญชาติ เลขที่ประจำตัวประชาชน
- ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ อาคาร/หมู่บ้าน หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
- สถานที่ทำงาน ประเภทธุรกิจ
อาชีพ ตำแหน่ง หน้าที่รับผิดชอบ
ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีคนละบุคคล, ห้างร้าน หรือบริษัทฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน
- คนละบุคคล, ห้างร้าน, บริษัท เลขที่ อาคาร หมู่ที่
ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

7. แบบการประกันภัย	8. อัตราดอกเบี้ย (ประกัน)	9. ระยะเวลา (ปี)		10. จำนวนเงินเอาประกันภัย	11. เบี้ยประกันภัย(บาท)
		คุ้มครอง	ระยะกู้		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- ผู้รับประกันภัย 1 / ความสัมพันธ์
2 / ความสัมพันธ์
3 / ความสัมพันธ์

- ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี **ไม่มี** มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพหรือ **ไม่ป่วย** เป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือ **ไม่เป็น** โรคร้ายแรงใดๆ
 ใช่ ไม่ใช่ กรุณาระบุรายละเอียด
- ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่
 เคย ไม่เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล นายแพทย์ ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และวันเดือนปี)
- สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ถ้อยแถลงและการมอบอำนาจ

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันเป็นคนละบุคคล, ห้างร้านหรือบริษัทฯ

เขียนที่ ลงชื่อ ลงชื่อ
วันที่ เดือน พ.ศ. () ()
ผู้ขอเอาประกันภัย

สำหรับเจ้าหน้าที่
ผู้เอาประกันชำระค่าเบี้ยประกันแบบชำระครั้งเดียว เป็นเงินสด รวมในวงเงินกู้ ประเภทสินเชื่อ ที่อยู่อาศัย บุคคล SME ธุรกิจ
สัญญาเงินกู้เลขที่ ยอดเงินกู้ ณ ปัจจุบัน กรณีกู้ร่วมกรุณาระบุชื่อ-นามสกุล