



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 9 ชั้น 1, 22-27
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้อง
 คอบำตามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน
 ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยสินเชื่อกู้ยืม
 (แบบสั้น)

ส่วนที่ 1 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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีคนบุคคล ห้างร้าน หรือบริษัท เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

- คนบุคคล ห้างร้าน บริษัท เลขที่ อาคาร หมู่ที่
 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)
	คุ้มครอง	ระยะที่		

- ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ ตามภาระหนี้สินที่ค้างชำระค่าเงินเงินเหลือจ่าย [กรุณาระบุ] % ของเงินที่เหลือภายหลังหักชำระหนี้สิน
 ที่ค้างชำระแก่ แล้วให้แก่
 (1) / ความสัมพันธ์ (%)
 (2) / ความสัมพันธ์ (%)

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่อ
 อายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

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

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สายตาสั้น	☐ โรคหอบหืด	☐ ดีซ่าน	☐ โรคคอมพิวเตอร์
☐ โรคจอประสาทตา	☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ มะเร็ง	☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคถุงลมโป่งพอง	☐ โรคตับอ่อนอักเสบ	☐ โรคเบาหวาน
☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	☐ โรคไต	☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
☐ โรคอัมพาต/โรคอัมพาต	☐ โรคความดันโลหิตสูง	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ภายใน 2 ปี)
☐ โรคพาร์กินสัน	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคเกาต์	☐ พิกัดทางร่างกาย
☐ โรคความจำเสื่อม	☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐ โรคหนังแข็ง	☐ โรคจิต
☐ โรคชัก	☐ โรคหลอดเลือด	☐ โรคเอสแอลอี	☐ โรคประสาท
☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคเลือด	☐ โรคซึมเศร้า
☐ โรคหัวใจ	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคเบาหวาน	☐ ความผิดปกติ
	☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ โรคไทรอยด์	

โรค	การวินิจฉัย/การรักษา	การวินิจฉัย/การรักษา	การวินิจฉัย/การรักษา

16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

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

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

การตรวจสุขภาพ	การตรวจชิ้นเนื้อ	การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค	การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้สำหรับ

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

การบาดเจ็บ เจ็บป่วย	การผ่าตัด	การปรึกษาแพทย์	การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันจะประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

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

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

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

ข. ผู้ขอเอาประกันเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดแล้ว

ค. ผู้ขอเอาประกันมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่ามี บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูล ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ความร่วมมือ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัท ต้องส่งหนังสือ บอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศ สหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริง ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มี อำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม การประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ส่วนที่ 6 ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อประเภทกลุ่ม กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

- 1) คุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- 2) คุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเงินเอาประกันภัยจะสูงกว่าการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสิทธิขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต (Free Look Period) ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับ เงินประกันภัยคืนหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหม ทดแทนแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต
3. หากผู้ขอเอาประกันภัยขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต หลังจากพ้นระยะเวลา Free Look Period 15 วัน ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตาม ตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หมายเหตุ * กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึงจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตาม จำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเภทการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัยประเภท

☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ ☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ลงชื่อ

()

ผู้ขาย (ตัวแทนนายหน้าประกันชีวิต)

ลงชื่อ

()

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

()

กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันเป็นบุคคล ห้างร้าน หรือบริษัท

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

ผู้เอาประกันชำระค่าเบี้ยประกันแบบชำระครั้งเดียว ☐ เป็นเงินสด ☐ รวมในวงเงินกู้

ประเภทสินเชื่อ ☐ ที่อยู่อาศัย ☐ บุคคล ☐ SME ☐ ธุรกิจ ☐ รถยนต์

สัญญาเงินกู้เลขที่ ยอดเงินกู้ ณ ปัจจุบัน กรณีผู้ร่วมการประกัน ชื่อ-นามสกุล

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. ชื่อ-นามสกุล พนักงาน

2. รหัสพนักงาน

3. เลขที่ใบอนุญาตนายหน้า/ประกันชีวิต

4. สาขา/ศูนย์

5. เบอร์โทรศัพท์ต่อ

ถูกคัดค้านเป็นพิเศษ:

LYNCH:

පරිදි:

เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณาศึกษาและทำความเข้าใจในเงื่อนไขความคุ้มครอง ผลประโยชน์และข้อยกเว้นตามกฎหมายประกันภัย จากเอกสารประกอบการเสนอขายประกันภัยก่อนการตัดสินใจ

โดยข้าพเจ้าได้ปรึกษาหารือกับท่านศาสตราจารย์ ดร. ประสงค์ คุ้มวงศ์

1. ดำเนินงาน, นายทพปภัทประทีปชัยวิรัตน์, อุตสาหกรรม, หรือสำนักงานบริษัท ได้ประสานงานกับกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศและกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการนำเข้าและส่งออกสินค้า
2. ดำเนินงาน, นายทพปภัทประทีปชัยวิรัตน์, อุตสาหกรรม, หรือสำนักงานบริษัท ได้ประสานงานกับกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศและกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการนำเข้าและส่งออกสินค้า
3. ดำเนินงาน, นายทพปภัทประทีปชัยวิรัตน์, อุตสาหกรรม, หรือสำนักงานบริษัท ได้ประสานงานกับกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศและกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการนำเข้าและส่งออกสินค้า
4. ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งในการดำเนินงานหรือการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามที่ระบุไว้ในเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามที่ระบุไว้ในเอกสารที่เกี่ยวข้อง
5. ฝ่ายบริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฝ่ายเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานหรือการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามที่ระบุไว้ในเอกสารที่เกี่ยวข้อง
6. ฝ่ายบริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฝ่ายเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานหรือการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามที่ระบุไว้ในเอกสารที่เกี่ยวข้อง

உருவகம்

()

เบอร์โทรศัพท์ _____

นำเสนอโดย _____

เบอร์โทรศัพท์ _____

วันที่จัดทำใบประเมิน

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9 อาคาร 4 ทางหลวง นครชัยศรี 9 ชั้น 1.22-27 ถนนพหลโยธิน 9 แขวงวัดราชบพิธ เขตวัดราชบพิธ กทม. 10310 และโทรศัพท์มือถือ 0107555000376

โทรศัพท์ 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์คำศัพท์ โทร. 1159 เปิดให้บริการทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง www.krungthai-axa.co.th

เอกสารประกอบการบรรยายภายในเว็บไซต์เรื่องต้นของแผนประกันภัย โปศศึกษาวิจัยฉบับเต็มในภทรกรร

โปรแกรมของโรงเรียนจะใช้สำหรับแผนประกัน ที่เสนอมาตั้งแต่ 1 กันยายน 2565 เป็นต้นไป และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามประกาศการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงจากบริษัทฯ ซึ่งส่งผลให้ผลบังคับใช้โปรแกรมขอเสนอสิ้นสุดลง

မဟာနက္ခတ် MRTA D00 : version C2022-4



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือให้ความยินยอม ในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูล

เรียน ผู้ขอเอาประกันภัย

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ขอความยินยอมจากท่านในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านรวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวที่ได้ให้ไว้กับบริษัท ให้แก่บริษัทในกลุ่มแอกซ่า บริษัทในเครือ และ บมจ. ธนาคารกรุงไทย เป็นการเพิ่มเติมนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ตามสัญญาประกันภัยที่ท่านมีอยู่กับบริษัทตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้กับท่านเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท รายการส่งเสริมการขาย กิจกรรมทางการตลาด เช่น การนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ การเชิญเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การตรวจสุขภาพ ของกำนัลต่างๆ การอวยพรท่านในโอกาสต่างๆ เช่น วันเกิด หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลผ่านช่องทางทางการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้กับบริษัท
2. เพื่อสำรวจความพึงพอใจภายหลังการบริการหรือกิจกรรมต่างๆ ของบริษัทเพื่อการวิเคราะห์ และ/หรือพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ให้เหมาะสมกับความต้องการของท่านเพื่อขยายสิทธิประโยชน์ให้ท่านได้มากขึ้นและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ ท่านสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ที่นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทได้ที่ <https://www.krungthai-axa.co.th/th/compliance/privacy-policy>

อนึ่ง โปรดทราบว่าหากท่านปฏิเสธหรือเพิกถอนการให้ความยินยอมตามวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น จะมีผลทำให้บริษัทไม่สามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์นั้นได้แต่จะไม่กระทบการให้บริการตามสัญญาประกันภัยที่ท่านมีอยู่กับบริษัทแต่อย่างใด

โปรดแสดงความประสงค์ของท่านโดยการกรอกรายละเอียดด้านล่างนี้

สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย

เขียนที่ [] วันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []
ชื่อ-นามสกุล [] เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง []

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจวัตถุประสงค์ข้างต้น นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ตลอดจนผลกระทบจากการปฏิเสธหรือเพิกถอนการให้ความยินยอมอย่างชัดเจนแล้ว ดังนั้นข้าพเจ้าขอแสดงความประสงค์และให้ความยินยอมดังนี้

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ในกรณีที่ท่านต้องการเพิกถอนความยินยอมที่ท่านได้ให้ไว้ หรือต้องการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูล ท่านสามารถติดต่อเพื่อใช้สิทธิของท่านได้ที่เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สถานที่ติดต่อ: เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

อีเมล: dpo@krungthai-axa.co.th โทร. 1159

ลงชื่อ
([])
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
([])
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราชา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือยินยอมการให้ข้อมูลตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาล แห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุง การปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA)

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา
เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่

(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี

☐ มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐ
ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูล
ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศ
หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

()

ผู้ขอเอาประกันภัย



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 9 ชั้น 1, 22-27

ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159

ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

Common Reporting Standard ("CRS") Self-Certification Form for Individual Customer

เอกสารรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินอัตโนมัติ

สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา

This CRS Self-Certification Form has a purpose for Krungthai-AXA Life Insurance PCL ("KTAXA") to collect and report information about where our customers are tax resident to local or foreign governmental authority according to the Royal Decree on the Exchange of Information for International Agreements on Taxation B.E. 2566 and its regulations ("CRS regulations"). To comply with the obligations under CRS regulations, please provide the information requested in this form.

เอกสารรับรองตนเองฉบับนี้ถูกจัดทำภายใต้พระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ("กฎหมาย CRS") ซึ่งกำหนดให้ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวมและรายงานข้อมูลของท่านอันเกี่ยวกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย CRS บริษัทฯ ขอความกรุณาท่านแจ้งข้อมูลตามที่ร้องขอในเอกสารฉบับนี้

Please fill this form in English only. โปรดกรอกเอกสารนี้ด้วยภาษาอังกฤษเท่านั้น

Date / วันที่

Application/Policy No. / ใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

This form is submitted for (Please select at least one, or whichever applicable) เอกสารรับรองตนเองฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อ (โปรดระบุ)

☐ New Business / เพื่อขอเอาประกันภัย

☐ Policy Servicing / เพื่อเปลี่ยนแปลงข้อมูล

Please let us know your capacity in relation to the application or the policy, please select where it applies;

โปรดระบุสถานะของท่าน ภายใต้ใบคำขอเอาประกันภัย หรือกรมธรรม์ประกันภัย ที่อ้างถึง

☐ Applicant / ผู้ขอเอาประกันภัย

☐ Insured / Policy Holder / ผู้เอาประกันภัย/ผู้ถือกรมธรรม์

☐ Others (Please Specify) / อื่น ๆ (โปรดระบุ)

Please indicate your Title - Name - Surname โปรดระบุ ตำแหน่ง - ชื่อ - นามสกุลของท่าน

Please specify all nationalities that you hold. / โปรดระบุทุกสัญชาติที่ท่านถือ

Citizen ID No. / Passport No. / เลขประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง

Date of Birth / วัน เดือน ปีเกิด

Place of Birth (City / Country) / สถานที่เกิด (เมือง / ประเทศ)

City / เมือง

Country / ประเทศ

Part 1 (ส่วนที่ 1)

Your tax residence (ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี)

Please select the appropriate boxes corresponding to your status

Do you have tax residence in countries other than Thailand?

☐ Yes (ใช่)

☐ No (ไม่ใช่)

You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand and specify your country of tax residence and TIN in the table below. If you select "No", it means that you have only Thailand as your Country of Tax Residence. Please end the question in Part 1.

Please complete the following table indicating your tax residence country (i.e. where you are treated as resident of the country of purpose of its income tax) and your Taxpayer Identification Number (TIN) (if any) for each country indicated.

If a TIN is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C indicated below:

Reason A - The country where I am subject to Income Tax as a resident does not issue TIN.

โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของท่าน
ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น ๆ นอกจากประเทศไทย

ตอบว่า "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น ๆ นอกจากประเทศไทย และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง

ตอบว่า "ไม่ใช่" หาก ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศไทยเพียงประเทศเดียว ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้

กรุณากรอกข้อมูลในตารางด้านล่างนี้ เพื่อระบุประเทศที่เป็นถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่าน ประเทศที่ท่านถือเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากร และเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของท่านในแต่ละประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี (ถ้ามี)

ในกรณีที่ท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลตามข้อ ก ข หรือ ค ดังต่อไปนี้

เหตุผล ก - ประเทศที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่มีการออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี



Reason B - I am otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN in the below table if you have selected this reason)

Reason C - No TIN is required because of the tax residence jurisdiction that issued the TIN does not require a Finance Institution to collect and report the TIN

เหตุผล ข. - ข้าพเจ้าไม่สามารถขอรับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือเลขอื่นใดที่เทียบเท่ากันได้ (กรุณาอธิบายเพิ่มเติมว่าทำไมท่านจึงไม่ได้รับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น ในตารางด้านล่างหากท่านเลือกเหตุผลนี้)

เหตุผล ค. - ไม่จำเป็นต้องใช้หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เนื่องจากกฏหมายภายในประเทศที่ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีนั้น ไม่กำหนดให้สถาบันการเงินเก็บรวบรวมและรายงานเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

Country of Tax Residence ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี	Taxpayer Identification Number (TIN) หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี	If no TIN available, enter Reason A, B or C หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค
1.		☐ (A) ก ☐ (B) ข ☐ (C) ค
2.		☐ (A) ก ☐ (B) ข ☐ (C) ค
3.		☐ (A) ก ☐ (B) ข ☐ (C) ค

Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B above

กรณีที่ท่านเลือกเหตุผลข้อ ข ในตารางข้างต้น โปรดอธิบายในส่วนต่อไปนี้ว่าเหตุใดท่านจึงไม่สามารถขอรับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

1.

2.

3.

Part 2 (ส่วนที่ 2)

Confirmation, Change of status and Disclosure of information

(การยืนยัน การเปลี่ยนแปลงสถานะและความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล)

You hereby irrevocably agree as follows:

- I confirm that the above information is true, correct, accurate and complete.
- I acknowledge that Krungthai-AXA Life Insurance PCL. ("KTAXA") is subject and required to comply with the Royal Decree Governing the Exchange of Information for International Agreements on Taxation B.E. 2566 and its regulations ("CRS regulations").
- I acknowledge that KTAXA has to collect, use, or disclose any of my information to domestic or international government sectors and to comply with the CRS regulations.
- I will provide additional information as requests by KTAXA to comply with the CRS regulations in writing with specified period.
- I will notify KTAXA of any change in status or any information I have previously declared to KTAXA, if the status or information that changes in related to tax residency within 30 days from the date of change of status or information.
- In the event that I do not disclose the information under (4) or (5), I grant KTAXA to report my information to domestic or international government sectors to comply with the CRS regulations.

ท่านตกลง โดยไม่เพิกถอน ในการดำเนินการดังต่อไปนี้

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ("กฎหมาย CRS")
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทฯ จำเป็นต้องเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าที่บริษัทฯ มีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทฯ ร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่เคยแจ้งกับบริษัทฯ ไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูล (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทฯ ในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

Signature of Applicant / Insured / Policy Holder / Others

ลายมือชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้ถือกรมธรรม์ / อื่น ๆ

Signature / ลงชื่อ

Printed name / ตัวบรรจง (

Date / วันที่

If you are not the Account Holder, please indicate the capacity in which you are signing this form.

Capacity of Signatory (Please select at least one, or whichever applicable)

หากท่านมิได้เป็นผู้ถือบัญชีตามเอกสารรับรองตนเองฉบับนี้ กรุณาลงนามในส่วนนี้และโปรดระบุสถานะของท่านตามข้อมูลด้านล่าง:

- ☐ Parent / บิดา / มารดา ☐ Legal Guardian / ผู้ปกครอง ☐ Authorized Person / ผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ Others (Please Specify) / อื่น ๆ (โปรดระบุ)

Please attach a certified copy of the power of attorney (โปรดแนบสำเนาหนังสือมอบอำนาจของท่านมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้)

Signature / ลงชื่อ

Printed name / ตัวบรรจง (

Date / วันที่

