



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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

ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 กดเบิ้ลเลขที่ 0107555000376

www.krungthai-axa.co.th

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้อง
ตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน
ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยสินเชื่อกู้ยืม
(แบบสั้น)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-สกุล (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
- วัน เดือน ปีเกิด อายุ ณ วันที่เกิดที่ผ่านมา 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 กรณีคณะบุคคล ห้างร้าน หรือบริษัท เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

- คณะบุคคล 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	ระยะภัย		

- ผู้รับประกันภัย ได้แก่ ตามภาระหนี้สินที่ค้างชำระถ้ามีเงินเหลือจ่าย [กรณีระบุ % ของเงินที่เหลือภายหลังหักชำระหนี้สิน
ที่ค้างชำระแก่ แล้วให้แก่
(1) / ความสัมพันธ์ (%)
(2) / ความสัมพันธ์ (%)

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

- บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สายตาพิการ	☐ โรคหอบหืด	☐ ดีซ่าน	☐ โรคต่อมน้ำเหลืองโต
☐ โรคจอประสาทตา	☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ ม้ามโต	☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
☐ โรคต่อหิน	☐ โรคถุงลมโป่งพอง	☐ โรคตับอ่อนอักเสบ	☐ โรคมะเร็ง
☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	☐ โรคไต	☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
☐ โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	☐ โรคความดันโลหิตสูง	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
☐ โรคพาร์กินสัน	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคเกาต์	☐ พิกัดทางร่างกาย
☐ โรคความจำเสื่อม	☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐ โรคหนังแข็ง	☐ โรคจิต
☐ โรคชัก	☐ โรคหลอดเลือด	☐ โรคเอสแอลอี	☐ โรคประสาท
☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคเลือด	☐ โรคซึมเศร้า
☐ โรควัณโรค	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคเบาหวาน	☐ คาวานชินโครม
	☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	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	ข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์
.....				
.....				

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้ข้างต้น

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

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

ส่วนที่ 3 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร 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. 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-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม 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. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในการนี้ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในการนี้บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัท ต้องส่งหนังสือ บอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันตอบบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศ สหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมยินยอมหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายินยอมยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริง ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ส่วนที่ 6 ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อประเภทกลุ่ม กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ารูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

- 1) คุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- 2) คุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่าการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสิทธิขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต (Free Look Period) ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับ เบี้ยประกันภัยคืนหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต
3. หากผู้ขอเอาประกันภัยขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต ภายในหลังจากพ้นระยะเวลา Free Look Period 15 วัน ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หมายเหตุ * กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึงจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเภทการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัยประเภท

☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ ☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ลงชื่อ

()
ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

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

กรณีผู้ร่วมการธนาคาร

ชื่อ-นามสกุล

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. ชื่อ-นามสกุล พนักงาน

2. รหัสพนักงาน

3. เลขที่ใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต

4. สาขา/ศูนย์

5. เบอร์โทรศัพท์ต่อ



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

หนังสือยินยอมการให้ข้อมูลตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาล แห่งราชอาณาจักรไทยกับ รัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุง การปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA)

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาระกันภัย

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) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐ ในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

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

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

()

ผู้ขอเอาระกันภัย





บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
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. / ใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่

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 ภายใต้ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือกรมธรรม์ประกันชีวิต ที่อ้างถึง
☐ Applicant / ผู้ขอเอาประกันชีวิต
☐ Insured / Policy Holder / ผู้เอาประกันชีวิต/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)

โปรดเลือกทำเครื่องหมายในช่องที่สอดคล้องกับสถานะของท่าน

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น ๆ นอกจากประเทศไทย

☐ 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.

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 เนื่องจากกฎหมายภายในประเทศที่ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีนั้น 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
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ("กฎหมาย CRS")
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัท จำเป็นต้องเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าที่บริษัท มีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัท ร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัท ทราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่เคยแจ้งกับบริษัท ไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับถิ่นที่อยู่ทางภาษี ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูล (4) และ (5) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัท ในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย CRS

Signature of Applicant / Insured / Policy Holder / Others

ลายมือชื่อ ผู้ขอเอาประกันชีวิต / ผู้เอาประกันชีวิต / 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 กรุณา ลงนามในส่วนนี้และโปรดระบุสถานะของท่านตามข้อมูลด้านล่าง:

- ☐ 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





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

หนังสือให้ความยินยอม
ในการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูล (PDPA)

เรียน ผู้ขอเอาประกันภัย

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ขอความยินยอมจากท่าน ในการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่ได้ให้ไว้กับบริษัท ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัย

- 1.1 ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่าน เพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการรับประกันภัย รวมถึงการคำนวณเบี้ยประกัน การดำเนินการและให้บริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยที่ท่านเข้าทำกับบริษัท (รวมถึง การจัดทำเอกสารสัญญาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดส่งกรมธรรม์ การจัดเก็บและสำรองข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการจัดการภายในของบริษัท) การจัดเก็บเบี้ยประกันภัยและหนี้สินอื่น ๆ (ถ้ามี) การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การประมวลผล การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การจ่ายเบี้ยประกันคืนกรณีมีกรณีการก่อตัวของตัวแทนขายประกัน การต่ออายุ การเปลี่ยนแปลงแก้ไข การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลัง รวมถึงเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของท่านแก่ผู้ให้บริการหรือคู่ค้าของบริษัท เพื่อการให้บริการและปฏิบัติตามสัญญากรมธรรม์ข้างต้นตามคำสั่งหรือในนามของบริษัท
- 1.2 ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อช่วง หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลังได้
- 1.3 ท่านมีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของท่าน ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครทำประกันชีวิต เพื่อประกอบการรับประกันภัย และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน โดยท่านแสดงเจตนาการให้ความยินยอมดังกล่าวในหนังสือยินยอมและมอบอำนาจของบริษัท พร้อมลงนามในส่วนของผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม
- 1.4 ท่านยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใดของท่าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่านเท่าที่จำเป็นต่อการให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการหลังการขาย รวมถึงการแจ้งข้อมูลและผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย ให้บริการติดตาม ประสานงาน แก้ไขปัญหา แจ้งเตือนใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย (เช่น กรณีครบกำหนดชำระเบี้ยประกัน) และการบริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่านผ่านทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ไปรษณีย์ โทรศัพท์ SMS หรืออีเมล
- 1.5 ท่านยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใดของท่าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่านเท่าที่จำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย บมจ.ธนาคารกรุงไทย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อดำเนินการตามเรื่องร้องเรียน ข้อเรียกร้องของท่านที่เกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือสิทธิอื่น ๆ ตามกรมธรรม์ประกันภัย

2. วัตถุประสงค์อื่นๆ นอกเหนือจากการประกันภัย

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

- 2.1 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ให้แก่บริษัทในกลุ่ม แอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท รายการส่งเสริมการขายต่างๆ กิจกรรมทางการตลาด ข่าวสารสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อการเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่นๆ เพิ่มเติมของบริษัท เพื่ออวยพรท่านในโอกาสต่าง ๆ เช่น วันเกิด หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นต้น ผ่านทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ไปรษณีย์ โทรศัพท์ SMS หรืออีเมล
- 2.2 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่บริษัทในกลุ่ม แอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ และ/หรือ พัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท ให้เหมาะกับความต้องการของท่านเพื่อขยายสิทธิประโยชน์ให้ท่านได้มากขึ้นและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น
- 2.3 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย ให้แก่บริษัทในกลุ่ม แอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์และคาดการณ์ยอดขายประกันภัยของบริษัท

อนึ่ง บริษัทขอแจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน (Privacy Notice) ปรากฏตามเอกสารแนบ



กรุณาแสดงความประสงค์เกี่ยวกับการให้ความยินยอมโดยกรอกข้อมูลด้านล่าง

หากท่านประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมที่ท่านให้ไว้นี้ หรือใช้สิทธิของท่าน ท่านสามารถแจ้งบริษัทได้ที่

เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

สถานที่ติดต่อ: เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนน พระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310
อีเมล: th_dl_rc_dataprivacy@krungthai-axa.co.th

ทั้งนี้ โปรดทราบว่า การแจ้งเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 1. หรือข้อ 2. จะมีผลเป็นการยกเลิกวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่ระบุไว้ในข้อใดข้อหนึ่งนั้น ซึ่งมีผลทำให้ บริษัทไม่สามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวในข้อนั้นได้อีกต่อไป บริษัทขอภัยในความไม่สะดวกมา ณ ที่นี้

สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย

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

วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัยตามข้อ 1.

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัยตามข้อ 1. ข้างต้น รวมทั้งประกาศความเป็นส่วนตัวส่วนตัว (Privacy Notice) ตามเอกสารแนบอย่างชัดเจนแล้ว จึงแสดงความประสงค์ดังนี้
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม
- ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมแก่บริษัท หรือใช้สิทธิในการเพิกถอนความยินยอมที่ให้กับบริษัทในภายหลัง สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ตามข้อ 1. ข้างต้นของข้าพเจ้า การเพิกถอนความยินยอมดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ หรือการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ ซึ่งจะมีผลทำให้กรมธรรม์ของข้าพเจ้าสิ้นสุดความคุ้มครอง
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากข้าพเจ้าใช้สิทธิคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งการขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไม่ว่าจะทั้งหมดหรือแต่บางส่วน ข้าพเจ้ารับทราบว่าอาจส่งผลให้บริษัทต้องยุติ บอกละทิ้ง หรือปฏิเสธสัญญาประกันภัยที่เกิดขึ้นแล้วและ/หรือที่กำลังจะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์อื่น ๆ นอกเหนือจากการประกันภัยตามข้อ 2.

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจวัตถุประสงค์อื่นๆ นอกเหนือจากการประกันภัยตามข้อ 2. ข้างต้น รวมทั้งประกาศความเป็นส่วนตัวส่วนตัว (Privacy Notice) ตามเอกสารแนบอย่างชัดเจนแล้ว จึงแสดงความประสงค์ดังนี้
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า การให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเป็นความสมัครใจของข้าพเจ้าที่จะให้ความยินยอมหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะขอเข้าถึง เปลี่ยนแปลง คัดค้าน ลบ ทำลาย ระงับการใช้ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า หรือถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยแจ้งความประสงค์ไปยังบริษัทล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายอมรับผลของการยกเลิกการให้ความยินยอมว่าอาจทำให้เกิดข้อจำกัดกับบริษัทในการดำเนินการกับใบสมัครที่เกี่ยวข้อง การทำธุรกรรมหรือการให้บริการแก่ข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ

([])

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

([])

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

- ☐ บิดา/มารดา
- ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

