



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 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
 ตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน
 ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอลาเอาประกันภัยสินเชื่อกู้
 (แบบสั้น)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-สกุล (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) _____ เพศ ชาย หญิง ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.
 2. วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา _____ ปี สถานะ โสด สมรส หม้าย หย่า
 3. เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ เลขที่ประจำตัวประชาชน _____
 4. ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
 ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
 จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____
 5. สถานที่ทำงาน _____ ประเภทธุรกิจ _____
 อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____ หน้าที่รับผิดชอบ _____

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีคณะบุคคล ห้างร้าน หรือบริษัท เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

6. 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		
.....
.....
.....

12. ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ _____ ตามภาระหนี้สินที่ค้างชำระถ้ามีเงินเหลือจ่าย (กรุณาระบุ _____ % ของเงินที่เหลือภายหลังจากหักชำระหนี้สิน
 ที่ค้างชำระแก่ _____) แล้วให้แก่
 (1) _____ / ความสัมพันธ์ _____ (_____ %)
 (2) _____ / ความสัมพันธ์ _____ (_____ %)

13. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนเงินประกันเดิม หรือการขอต่อ
 อายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

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

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

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น
.....
.....
.....

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และใส่ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดิซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหิน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ความชินโดรม
	<input type="checkbox"/> โรคหิซสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษารักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากมีชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
.....
.....

16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

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

ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
.....
.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้น

ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการปรึกษา	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

ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัท ไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- 1) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA
- 2) ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- 3) ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะ หรือข้อมูล ที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ ได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัท ต้องส่งหนังสือ บอกรายการก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษี ในประเทศ สหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกรายการ ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกรายการ บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกรายการดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
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 กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้ค่างค้าง*

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ 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 ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหม หดแทนแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต
3. หากผู้ขอเอาประกันภัยขอยกเลิกหนังสือรับรองการประกันชีวิต ภายในหลังจากพ้นระยะเวลา Free Look Period 15 วัน ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตาม ตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หมายเหตุ * กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้ค่างค้าง หมายถึงจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้ค่างค้างลดลงตาม จำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

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 หรือบริษัทฯ

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

ผู้เอาประกันชำระค่าเบี้ยประกันแบบชำระครั้งเดียว เป็นเงินสด รวมในวงเงินกู้ ประเภทสินเชื่อ ที่อยู่อาศัย บุคคล SME ธุรกิจ รถยนต์

สัญญาเงินกู้เลขที่ ยอดเงินกู้ ณ ปัจจุบัน กรณีผู้ร่วมกู้มีภาระกู้ ชื่อ-นามสกุล

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกเท่านั้น

1. ชื่อ-นามสกุล พนักงาน

2. รหัสพนักงาน

3. เลขที่ใบอนุญาตนายหน้า/ประกันชีวิต

4. สาขา/ศูนย์

5. เบอร์โทรศัพท์ต่อ

ลูกค้าคนพิเศษ:	เพศ:	งาน:
----------------	------	------

เพื่อประโยชน์ของทาง กรุงเทพและท่าอากาศยานเข้าใจในความคุ้มครอง ผลประโยชน์และข้อกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัย จากเอกสารประกอบการเสนอขอขึ้นบัญชีการคัดค้านใจ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดดังต่อไปนี้แล้ว

1. ส่วนแทน, นายหน้าประกันชีวิต, ลูกจ้าง, หรือพนักงานบริษัท ได้แนะนำชีวิตพร้อมกับการแสดงเอกสารใบอนุญาตนายหน้าประกันชีวิต
2. ส่วนแทน, นายหน้าประกันชีวิต, ลูกจ้าง, หรือพนักงานบริษัท ได้อธิบายถึงประโยชน์และความคุ้มครองตามกรมธรรม์อย่างครบถ้วน
3. ส่วนแทน, นายหน้าประกันชีวิต, ลูกจ้าง, หรือพนักงานบริษัท ได้อธิบายว่าการชำระเงินในงวดงวดคือค่าเบี้ยประกัน ไม่ใช่เป็นการฝากเงินหรือออมเงินกับธนาคาร
4. ในกรณีที่ข้าพเจ้าต้องการเวนคืนกรมธรรม์ข้าพเจ้าจะได้รับมูลค่าเงินในงวดงวดตามสัดส่วนที่ชำระไว้ในเอกสารนี้ ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยที่ข้าพเจ้าชำระมาแล้ว
5. ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีความสามารถในการชำระเบี้ยด้วยเงินสดตามกำหนดทุกงวด ตลอดระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยที่ระบุในเอกสารนี้

เพื่อไว้กรมธรรม์ประกันชีวิตมีผลคุ้มครองโดยสมบูรณ์และผู้เอาประกันภัยได้รับประโยชน์สูงสุด

ลงนาม _____ (_____) เบอร์โทรศัพท์ _____ วันที่ _____

นำเสนอโดย _____ (_____) เบอร์โทรศัพท์ _____ วันที่ส่งทำใบข้อเสนอ _____

บริษัท กรุงเทพ-นงคชช ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 9 อาคาร 4 ทาวเวอร์ แกรนด์ ราม่า 9 ชั้น 1, 22-27 ถนนพระราม 9 แขวงพญาไท เขตพญาไท กทม. 10310 โทรศัพท์ 0107555000376
 โทรศัพท์ 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 เมดไลน์การทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง www.kbangtail-axa.co.th

เอกสารประกอบการเสนอขอขึ้นบัญชีการคัดค้านใจของแบบประกันภัย โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในกรมธรรม์

โปรแกรมใบข้อเสนอใช้สำหรับแบบประกัน ที่เสนอมาตั้งแต่ 1 กันยายน 2565 เป็นต้นไป และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามประกาศทางออกสื่อหรือเปลี่ยนแปลงจากบริษัทฯ ซึ่งส่งผลกระทบต่อบังคับใช้โปรแกรมข้อเสนอสิ้นสุดลง



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 การนำเสนอมูลภัณฑ์ใหม่ การเชิญเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การตรวจสอบสุขภาพ ของก้านัลต่างๆ การอวยพรท่านในโอกาสต่างๆ เช่น วันเกิด หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลผ่านช่องทางติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้กับบริษัท
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 นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตลอดจนผลกระทบจากการปฏิเสธหรือเพิกถอนการให้ความยินยอมอย่างชัดเจนแล้ว 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 รามาศ 9 ชั้น 1, 22-27
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 กะเบียบลพที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือยินยอมการให้ข้อมูลตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (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

- ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีชื่อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีหน้าที่ต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลงชื่อ

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย