

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... ได้มีสัญญาเงินกู้ไว้กับ..... สัญญาเงินกู้เลขที่..... ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้..... ปี ยอดเงินขอกู้ / ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท วงดชำระเบี้ยชำระครั้งเดียว จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ.....บาท สัญญาเพิ่มเติมการประกันชีวิตกลุ่ม..... จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี) จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท) ชื่อแบบ..... วงดชำระเบี้ยชำระครั้งเดียว ชื่อแบบ..... วงดชำระเบี้ยชำระครั้งเดียว จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม.....บาท วงดชำระเบี้ยชำระครั้งเดียว

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ข้าพเจ้า นาย นาง น.ส. เพศ ชาย หญิง สัญชาติ..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สถานะ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อคู่สมรส..... เอกสารที่นำมาแสดง บัตรประชาชน / ข้าราชการ ใบสำคัญต่างด้าว พาสปอร์ต เลขที่..... ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ณ อำเภอ / เขต จังหวัด.....
2. ก) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ข) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ค) ชื่อสถานที่ทำงาน.....ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์..... สถานທີ່ติดต่อ ตามที่อยู่ปัจจุบัน ที่อื่น ๆ รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

3. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นลูกหนี้เงินกู้ของ.....ในฐานะเจ้าหนี้ ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้เจ้าหนี้เป็นผู้รับประโยชน์อันดับแรก เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งให้ถือว่าแบ่งเท่ากัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	ที่อยู่

4. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เท่าเดิม เพิ่ม.....กก. ลด.....กก. สาเหตุ.....

5. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) บริษัท.....สาเหตุ.....

6. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสพ / ไม่เคย เสพ / เคยเสพ ถ้าเสพ, เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี เลิกเสพเมื่อ.....

7. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม / ไม่เคย ดื่ม / เคยดื่ม ถ้าดื่ม, เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่มเมื่อ.....

8. ท่านสูบ หรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ / ไม่เคย สูบ / เคยสูบ ถ้าสูบ, เคยสูบ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี เลิกสูบเมื่อ.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

9. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง, โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต, โรคปอดหรือปอดอักเสบ, โรคหัวใจ, โรคหอบหืด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด, โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคความดันโลหิตสูง, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์, โรคเลือด, โรคต่อมไทรอยด์, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ, โรคมะเร็ง, โรคเบาหวาน, โรคไทรอยด์, โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคจิตหรือพิการทางร่างกาย หรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) โรคที่เป็น.....วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)..... การรักษาและอาการปัจจุบัน.....สถานพยาบาลที่รักษา(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ).....

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) ตรวจอะไร.....เมื่อใด.....สถานที่ตรวจ.....ผลการตรวจ.....ข้อสังเกตโดยแพทย์.....

ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) อาการ.....วัน/เดือน/ปีที่รับการรักษา.....สถานพยาบาล.....ผลการรักษา.....

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

11. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี โปรดระบุ ถึงสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถึงสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

12. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัท" อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ก. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ

ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผย

ข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม

การประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย