

ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองเงินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า นายชยัน หมั่นเพียร ใบอนุญาตเลขที่ 9999999999
รหัสตัวแทน 9999 ชื่อหน่วย รหัสหน่วย
สาขา
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย สหกรณ์ออมทรัพย์.....

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายภาคเพียร สมหวัง ชื่อและนามสกุลเดิม
ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ) Mr.Pakpien Somwang
เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ ไทย (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ)
อายุ 30 ปี เกิดวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2535 เกิดที่ประเทศ ไทย
สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ นามสกุล
เอกสารที่ใช้แสดง ☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) ☒ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ 12121212121 วันหมดอายุ 14 / 7 / 69

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ 36/186 หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน มอเตอร์เวย์ แขวง/ตำบล คลองสองต้นนุ่น เขต/อำเภอ ลาดกระบัง จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10520
ประเทศ ไทย โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ 080-999-9999 อีเมล pakpein.som@gmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน ☒ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ประเทศ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ทำงาน บมจ.สหประกันชีวิต อาคาร เลขที่ 36/186 หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน มอเตอร์เวย์ แขวง/ตำบล คลองสองต้นนุ่น เขต/อำเภอ ลาดกระบัง จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10520
ประเทศ ไทย โทรศัพท์ อีเมล

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

☒ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

☒ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในแบบกระดาษ)

3. อาชีพประจำ พนักงานบริษัท ตำแหน่ง รองผู้จัดการส่วน ลักษณะงานที่ทำ ธุรการ
ลักษณะธุรกิจ ประกันชีวิต รายได้ต่อปี 500,000 บาท
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) — ตำแหน่ง — ลักษณะงานที่ทำ —
ลักษณะธุรกิจ — รายได้ต่อปี — บาท

4. รายละเอียดสินเชื่อ
จำนวนเงินกู้ที่ขึ้นกู้หรือจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระ 1,000,000 บาท
ระยะเวลาผ่อนชำระ 10 ปี อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ 5% ต่อปี

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย คัมครองสินเชื 875 ระยะเวลาเอาประกันภัย 10 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย — ปี
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☒ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	1,000,000	9,999.00
เบี้ยประกันภัยรวม		9,999.00

6. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย
จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ 9,999.00 บาท
ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
☒ โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี บมจ.สหประกันชีวิต เลขที่บัญชี 980-6-31634-7 ธนาคาร กรุงเทพ สาขา ศรีนครินทร์
☐ เช็ค
☐ หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร
☐ บัตรเครดิต ชนิด ออกโดย
หมายเลขบัตรเครดิต วันที่บัตรหมดอายุ
(โดยผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข
ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย) เป็นราย
จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร ให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ย
ประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้)
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่ AG9999

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่
ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดง
การรับเงินจากบริษัท

7. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามการะหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชนหนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
นายมั่งมั่ง จดจ่อ	111 111 111 111 111	17	บุตรชาย	16/185 อ.มจ.เต่างอย	100%
				แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง	
				จ.กรุงเทพมหานคร 10920	

8. ผู้ขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☒ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบ คุ้มครองเงินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

กรณีที่มีกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4

9. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมกรรมประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4

10. ผู้ขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☒ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

☐ เลิกเสพเมื่อ

11. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย

12. ผู้ขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☒ ไม่ดื่ม/ไม่เคย

☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง
ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี

☐ เลิกดื่ม เมื่อ

13. ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☒ ไม่สูบ/ไม่เคย

☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

☐ เลิกสูบ เมื่อ

14. ส่วนสูง 174 ซม. น้ำหนัก 85 กก.
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของข้าพเจ้าประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☒ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
โปรตีนในน้ำนม ☐ เพิ่มขึ้น กก. ☐ ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าประกันภัย

15. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของข้าพเจ้าประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลมชัก โรคลมชัก หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่ ☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็น โปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของข้าพเจ้าประกันภัย

16. ข้าพเจ้าประกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคเรื้อรังใดๆ ☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด

17. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ข้าพเจ้าประกันภัยเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ถ้ามีแนบประวัติมาด้วย			

ส่วนที่ 4 สำหรับข้าพเจ้าประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☒ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็น

โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี

☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☒ ไม่มี

☐ มี

2. คำรับรอง

(1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้นี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 6 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ 111111111111

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่าน มา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้า ประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการ พิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้ บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของผู้ขอเอา ประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.sahalife.co.th นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการ เก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้น แล้ว [www.sahalife.co.th นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อ ประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคล อื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการ แก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและผู้ขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้น ได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ).....
นายภาคเพียร สมหวัง
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 8 คำเตือน

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับผู้เอาประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
5. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท
และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์.....

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

(ลงชื่อ) ชย หมั่นเพียร

(..... นายชยัน หมั่นเพียร)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ) สมหวัง

(..... นายภาคเพียร สมหวัง)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ถ้ามีการแก้ไขคำผิด ต้องเซ็นชื่อกำกับทุกครั้ง##

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองเงินเชื่อ ประเภทกลุ่ม

กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า.....นายภาคเพียร สมหวัง.....ได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ในคำขอเอาประกันชีวิต / เอกสารเสนอขาย / บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับบริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ ๒ ประเภท ได้แก่

- คุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- คุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

๑. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ

๒. **ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทร้อยละ ๕๐๐ บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้

๓. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยหลังจากพ้นระยะเวลาตาม ข้อ ๒. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน กปภ. โทร. ๐๒-๕๑๕-๓๘๕๖-๘ หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. ๑๑๙๖

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่



แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ตัวแทนบริษัท..... ลงนาม

.......... ลงนาม

()

(นายภาคเพียร สมหวัง)

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้เอาประกันภัย

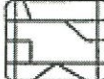
วันที่..... 21 กรกฎาคม 2565เวลา..... น.

หมายเหตุ

* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

** คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

เอกสารประกอบใช้บัตรประชาชน 1 ฉบับ

	บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card เลขบัตรประจำตัวประชาชน Identification Number X XXXX XXXXX XX X
ชื่อ นามสกุล	ชื่อ นามสกุล
	Name XXXX XXX Lastname XXXXX XXX เกิดวันที่ XX XX XXXX Date of Birth XX XX XXXX ตามา แกร
ที่อยู่ XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXX XX	
30 ก.ค. 2555 วันออกบัตร 30 Jul 2012 Date of Issue	 XXXXXXXXXXXX (ตำแหน่งที่ออกบัตร) 30 ก.ค. 2575 วันบัตรหมดอายุ 30 Jul 2031 Date of Issue

สำเนาถูกต้อง



นาย ปาตพิเชฐ สมหวัง