



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
สำนักงานใหญ่
123 ถนนวิภาวดีรังสิต เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaيلife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104



คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบสมัครสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ใบคำขอเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....
หนังสือรับรองเลขที่.....
รหัสแบบประกันภัย.....

สำหรับธนาคาร / สถาบันการเงินอื่น ๆ / สหกรณ์ เพื่อกรอกข้อมูล

ประเภทสินเชื่อ	<input type="checkbox"/> กู้บ้าน	<input type="checkbox"/> กู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
แผนประกันภัย	แบบทุนลดลง <input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง A	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง B	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง C อัตราดอกเบี้ย.....%
	แบบทุนคงที่ <input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง E	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง F	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง G
ชื่อสหกรณ์ออมทรัพย์.....ชื่อตัวแทน.....เลขที่ใบอนุญาต.....			

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตคุ้มครองสินเชื่อ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ อื่น ๆ.....เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....
วันครบหมดยอายุ.....ชื่อภรรยา/สามี.....
- ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ข. สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ(ในประเทศไทย) ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....
- วัตถุประสงค์ในการขอสินเชื่อ.....
ยอดเงินกู้/ยอดเงินกู้ยืม ค่าชำระในขณะที่ยังขอเอาประกันภัย.....บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
ผู้กู้ร่วม ☐ ไม่มี ☐ มีคน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 1 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 2 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 3 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
5. ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย.....% จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท งวดชำระเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว)
- ผู้รับประกันได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประกันดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกันให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประกัน	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลประโยชน์ร้อยละ	ที่อยู่

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียด)บริษัท.....เมื่อ.....สาเหตุ.....
8. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ปริมาณ.....ความถี่..... ☐ เล็กเสพเมื่อ.....
9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี ☐ เล็กดื่ม เมื่อ
10. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบบุหรี่ ☐ สูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เล็กสูบบุหรี่ เมื่อ
11. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ☐ ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี
- หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

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

14. การรับรองสถานะ
- ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ
- ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
- ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☐ ไม่มี ☐ มี

15. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้นหากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวบริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันด้วยถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันความประสงค์ขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ).....นายหน้า

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่.....

ผู้เอาประกันภัย



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaillife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่.....

โดยการทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ และลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้

ข้าพเจ้า (ด.ญ./ด.ช./นาย/นางสาว) ผู้ขอเอาประกันภัย
โดย(นาย/นาง/นางสาว) ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
ขอยืนยันด้วยแถลงในใบคำขอเอาประกันและยินยอมให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูล
ส่วนบุคคล ภายใต้ขอบเขตวัตถุประสงค์ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อความยืนยันด้วยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงด้วยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริง
ทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูล
สุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต
สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ
ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ
หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอ
เอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษา
รับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติ
ตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอ
เอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน
[https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต
และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ.
ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณา
รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้า
ให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้
เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.thailife.com/PrivacyPolicy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

☐ ยืนยันถ้อยแถลงและให้ความยินยอม (ส่วนที่ 1)

ส่วนที่ 2 : การให้ความยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหว ได้แก่ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือข้อมูลที่มีความอ่อนไหวอื่นที่กฎหมายกำหนดของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ซึ่งรวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่น และ/หรือยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ผู้ประมวลผลข้อมูล ในนามบริษัท หรือที่บริษัทว่าจ้าง บริษัทในเครือและพันธมิตรทางธุรกิจ เพื่อการวิเคราะห์ประมวลผล การพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ การดำเนินกิจกรรมทางการตลาดแบบตรง การสื่อสารด้านการตลาด ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอพิเศษ ข้อมูลส่งเสริมการขายและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัท บริษัทในเครือและพันธมิตรทางธุรกิจ ซึ่งรวมถึงการส่งข้อมูลดังกล่าวเพื่อการให้บริการหรือการทำการตลาดในต่างประเทศ การนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ ดิจิทัล จดหมายหรืออีเมล เป็นต้น การจัดการด้านสิทธิประโยชน์และการให้บริการ หรือประชาสัมพันธ์โครงการหรือกิจกรรมของบริษัท เช่น กิจกรรมเพื่อสังคม ผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงการเก็บข้อมูลการเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าว

☐ ให้ความยินยอม (ส่วนที่ 2)

หมายเหตุ :

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถถอนความยินยอมข้างต้นได้ทุกเมื่อ แต่การถอนความยินยอมจะไม่กระทบซึ่งสิทธิของบริษัทในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ตามฐานทางกฎหมายอื่นภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



**Thai
Life**
Insurance

Thai Life Insurance Public Company Limited
123 Ratchadaphisek Road, Din Daeng, Bangkok 10400, Thailand
Tel. +66 2247 0247 Fax. +66 2246 9946
www.thailife.com Registration No. 0107555000104

CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English.)

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

1. Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)

2. Application Form No. / Policy No.

เลขที่ใบคำขอประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย

3. Do you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S.? Please provide details in section 3.1 to 3.6

ท่านเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่
ถ้า “ใช่” โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางข้อ 3.1 ถึง 3.6

☐ Yes/ใช่ ☐ No/ไม่ใช่

3.1 Place of Birth (city and country)

สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)

City / เมือง Country / ประเทศ

3.2 Current Address/ (ที่อยู่ปัจจุบัน)

House No./เลขที่..... Village/หมู่บ้าน..... Building/อาคาร..... Floor/ชั้นที่.....
Village No./หมู่ที่..... Road/ ถนน..... Sub-district/ ตำบล/แขวง.....
City or town/ อำเภอ/เขต..... Province/ จังหวัด.....
Country/ ประเทศ..... Postal Code/ รหัสไปรษณีย์.....

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

Reason (A) – The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

Reason (B) – You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)

Reason (C) – Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

หากท่านไม่สามารถระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ โปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือซี ตามที่ระบุไว้ด้านล่าง:

เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น

เหตุผล (บี) - ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

3.3 Country of Tax Residence ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี	3.4 Foreign Taxpayer Identification Number (TIN) หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ	3.5 If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C. หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือ ซี	3.6 If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN). หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	
		<input type="checkbox"/> A(เอ) <input type="checkbox"/> B(บี) <input type="checkbox"/> C(ซี)	

4. Confirmation and Change of Status

การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

4.1 You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.

4.2 You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Thai Life Insurance Company Limited (“Company”) shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

4.3 You agree to notify and provide relevant document to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.

4.4 You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

4.1 ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

4.2 ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

“บริษัทฯ” มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

4.3 ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่ปัจจุบัน

4.4 ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company’s Privacy Policy.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

For more information about the Company’s Privacy Policy and the rights of the data subject, please

visit the website, <https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>, or scan this QR code.

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



Signature (ลงชื่อ).....
(.....)

Date (วันที่)

Applicant / ผู้ขอเอาประกันภัย

Signature (ลงชื่อ).....
(.....)

Date (วันที่)

Person giving consent as the legal representative, or parent of the applicant, if the applicant is a minor /

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม

/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)