

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตเลขที่.....
 ตัวแทนชื่อ.....
 ใบอนุญาตเลขที่.....
 รหัส..... หน่วย.....
 สาขา.....
 ผู้แนะนำ (ถ้ามี).....

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต – ประเภทสามัญ (สำหรับผู้เยาว์ที่มีอายุตั้งแต่ 30 วัน – 14 ปี)

ส่วนที่ 1 เฉพาะผู้เยาว์ ตอบคำถามข้อ 1 - 12

- ชื่อ และนามสกุลของผู้เยาว์..... เพศ ชาย หญิง
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
 เอกสารที่ใช้แสดง สำเนาทะเบียนบ้าน สูติบัตร อื่นๆ..... เลขที่.....
- ชื่อ และนามสกุลของบิดา.....อาชีพ..... ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต
 ชื่อ และนามสกุลของมารดา.....อาชีพ..... ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต
- ที่อยู่ของผู้เยาว์
 ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 ข. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

- แบบประกันภัย.....
 ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
 ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล
 ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค นำไปชำระเบี้ยประกันภัย คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น
 บริษัทจะจ่ายเงินสด กรณีที่ขอรับเป็นเงินสด และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)

จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันชีวิต.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....
8.....
9.....
		เบี้ยประกันภัยรวม.....

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้.....บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....
 ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....อื่นๆ.....
 ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

5. ผู้เยาว์เคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้ :-

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินสดเฉลี่ยรายวัน	ขณะนี้สัญญาที่มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

6. ผู้เยาว์เคยถูกปฏิเสธเลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นบ้าง หรือไม่?
 ไม่เคย เคย บริษัท.....สาเหตุ.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

7. ส่วนสูงซม.	น้ำหนัก กก.	ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้อายุเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง กรณีที่น้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลง อยากรบกวนว่า <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น.....กก. <input type="checkbox"/> ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....
------------------------	----------------------	--

8. ในระหว่าง 3 ปี ที่ผ่านมา ผู้อายุเคยให้แพทย์ตรวจ หรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่ (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด)

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ / รักษา	วันเดือนปีที่รักษา

9. ผู้อายุมีสุขภาพร่างกาย และจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....

10. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดาของผู้อายุเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น หรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่ ไม่เป็น เป็น (ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด)

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

11. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อ และนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	ที่อยู่

12. ก. ชื่อ และนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
ชื่อและนามสกุลเดิม.....	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า
ข. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี	เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน
ความสัมพันธ์กับผู้อายุ.....	<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน.....
(โปรดแนบสำเนาทะเบียนบ้านเพื่อแสดงความสัมพันธ์โดยสายโลหิต)	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....เลขที่.....

ค. ตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ ลักษณะธุรกิจ รายได้ประมาณปีละ	อาชีพประจำ	อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)

ง. ท่านใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ เพื่อ.....

จ. ที่อยู่ปัจจุบัน	สถานที่ทำงาน
เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....	สถานที่ทำงาน.....อาคาร..... เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ฉ. สถานที่ติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน อื่นๆ (ระบุ).....

เขียนที่.....	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ลงชื่อ..... (.....) พยานตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต	ลงชื่อ..... (.....) ผู้ขอเอาประกันภัย
ลงชื่อ..... (.....) พยาน	ลงชื่อ..... (.....) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ <input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 2 เจาะกรณีผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง)
ถ้าต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และ/หรือคุ้มครองผู้ปกครอง

13. ชื่อ และนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ชื่อ.....นามสกุล.....

14. ท่านเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้ :-

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชุดเซอร์รายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

15. ท่านเคยถูกปฏิเสธเลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นบ้าง หรือไม่?
 ไม่เคย เคย บริษัท.....สาเหตุ.....

16. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

17. (ก) ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....
 ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์.....เสพมานาน.....ปี เลิกเสพเมื่อ.....

(ข) ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....
 ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่ม เมื่อ

(ค) ท่านสูบ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี
 เลิกสูบ เมื่อ

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้ หรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาสั้น	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคต่อหีน	<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"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคความโรค (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"/> โรคตับหรือท่อน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ดาวน์ซินโดรม
	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

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

19. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี
 หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการ และการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บ หรือแน่นหน้าอก	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา	เฉพาะสตรี
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใจสั่น		
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการ
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับ	<input type="checkbox"/> อาเจียน หรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	ตั้งครรภ์ และคลอดบุตร
ความรู้สึก	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทาง
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช้เรื้อรัง	ช่องคลอด
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง		
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> จำเลือด		
	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ		

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

20. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

- ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

อาการ	วันเดือนปีที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

21. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะ และคำยินยอม และตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

22. การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี โปรดระบุ ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกัน และเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็น หรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

23. คำยินยอม และตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้า ยินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัท ต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 การให้ความยินยอมในการส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลง หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยการให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ก. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยอื่น หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ง. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้ามิได้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือไม่มีประวัติการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติกฎหมายฟอกเงิน และการสนับสนุนทางการเงินแก่การก่อการร้าย

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

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

(ลงชื่อ)
(.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ)
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)