

# ใบคำขอเอาประกันชีวิต-ประเภทสามัญ



บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 Southeast Life Insurance Public Company Limited  
 315 อาคารอากเนย์ ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
 315 Southeast Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangkok, 10500  
 T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.segroup.co.th ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 1726  
 no.00000001 / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000384

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....  แบบไม่ตรวจสุขภาพ

แบบตรวจสุขภาพ

ตัวแทนชื่อ.....

ใบอนุญาตเลขที่.....

รหัส..... หน่วย.....

สาขา.....

ผู้แนะนำ (ถ้ามี).....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**แบบประกันที่ชำระเบี้ยครั้งเดียวให้ตอบคำถามเฉพาะส่วนที่ 1 ข้อ 1-5 (แบบประกันอื่น ๆ ให้ดูรายละเอียดการตอบคำถามท้ายคำขอ) กรณีตรวจสุขภาพโดยแพทย์ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ต้องตอบคำถามส่วนที่ 3 ตั้งแต่ข้อ 15 - 18**

**ส่วนที่ 1** คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ และนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ..... ชื่อ และนามสกุลเดิม.....  
 เพศ  ชาย  หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
 อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  
 อื่นๆ ..... เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....  
 วันบัตรหมดอายุ..... ชื่อภรรยา/สามี .....

2. ที่อยู่ และที่ทำงาน  
 ก. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
 ข. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
 ค. สถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
 ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  สถานที่ทำงาน

3. อาชีพประจำ ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....  
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี).....  
 ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ ..... ลักษณะธุรกิจ.....  
 รายได้ต่อปี ..... บาท ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

|   |  |  |
|---|--|--|
| 4. แบบประกันภัย.....  | <b>งวดการชำระเบี้ยประกันภัย</b>                    | <b>ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก</b>   |
| ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี   | <input type="checkbox"/> รายเดือน                  | <input type="checkbox"/> ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค <input type="checkbox"/> นำไปชำระเบี้ยประกันภัย                      |
| ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี   | <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน               | <input type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม  |
| ชนิด <input type="checkbox"/> มีเงินปันผล <input type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล | <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน               | (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะจ่ายเงินสดกรณีที่ได้รับเป็นเงินสด และประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร |
| จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท   | <input type="checkbox"/> รายปี                     | อัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบมา)   |
| เบี้ยประกันชีวิต.....บาท  | <input type="checkbox"/> ชำระเบี้ยประกันครั้งเดียว |  |

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| <b>สัญญาเพิ่มเติม</b> | <b>จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) เบี้ยประกันภัย (บาท)</b> | <b>จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท</b>   |
| 1.....                |   | ชำระเป็น <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่..... |
| 2.....                |   | .....   |
| 3.....                |   | ชื่อบัญชี.....  |
| 4.....                |   | ธนาคาร..... สาขา.....   |
| 5.....                |   | อื่น ๆ.....   |
| 6.....                |   | ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....   |
| 7.....                |   | ชื่อ และนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย   |
| 8.....                |   | .....   |
| 9.....                |   | อายุ.....ปี อาชีพ.....  |
| 10.....               |   | ความสัมพันธ์.....   |
| 11.....               | เบี้ยประกันภัยรวม .....                                 |   |

**คำเตือน** หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

| ชื่อ และนามสกุลผู้รับประโยชน์ | อายุ | ความสัมพันธ์ | ร้อยละของผลประโยชน์ | ที่อยู่ |
|-------------------------------|------|--------------|---------------------|---------|
|                               |      |              |                     |         |
|                               |      |              |                     |         |
|                               |      |              |                     |         |
|                               |      |              |                     |         |

6. ท่านมี หรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี ดังนี้

| บริษัท | เลขกรมธรรม์ | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) |            |            | เงินชดเชย<br>รายวัน | ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับ<br>หรือไม่                          |
|--------|-------------|-----------------------------|------------|------------|---------------------|--|
|        |             | ชีวิต                       | โรคร้ายแรง | อุบัติเหตุ |                     |  |
|        |             |                             |            |            |                     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
|        |             |                             |            |            |                     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
|        |             |                             |            |            |                     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธเลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด |
|--------|--------|---------|
|        |        |         |
|        |        |         |

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

9. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคย

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี เลิกเสพเมื่อ.....

10. ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่มเมื่อ.....

11. ท่านสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบบุหรี่มานาน.....ปี เลิกสูบบุหรี่เมื่อ.....

| ส่วนสูง   | น้ำหนัก   | ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  |
|-----------|-----------|---|
| .....ซ.ม. | .....ก.ก. | <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> เปลี่ยน เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก.<br>สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง..... |

**ส่วนที่ 2** คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น หรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง

โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือไม่

ไม่เป็น  เป็น (ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด)

| บุคคลที่เป็น | โรค | อายุที่เริ่มเป็น |
|--------------|-----|------------------|
|              |     |                  |
|              |     |                  |

14. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่  ไม่เป็น  เป็น

หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง   เป็นโรคเอดส์(HIV)  เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี

**ส่วนที่ 3** คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี  เคยมี

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"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง |
| <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรค อัมพาต | <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"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ     | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร    | <input type="checkbox"/> โรคเลือด         | <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า                    |
| <input type="checkbox"/> โรควัณโรค                | <input type="checkbox"/> โรคตับ หรือทางเดินน้ำดี | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน       | <input type="checkbox"/> ตาวนชินโดรม                    |
|   | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง      | <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์       |   |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา<br>(ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษา<br>และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|--|------------------------------|---|
|     |  |                              |   |
|     |  |                              |   |
|     |  |                              |   |

16. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่  ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี

หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุอาการ และการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ                 | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก          | อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา             | เฉพาะสตรี  |
| <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง                 | <input type="checkbox"/> ใจสั่น                      | <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย     | <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์.....เดือน              |
| <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ    | <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง             | <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด          | <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร |
| <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก | <input type="checkbox"/> อาเจียน หรือถ่ายเป็นเลือด   | <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง   | <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด            |
| <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า                     | <input type="checkbox"/> ท้องมาน                     | <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง        |  |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง            | <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง            | <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง |  |
| <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง                        | <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ          |   |  |
| <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด                       | <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง              |   |  |
| <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ                | <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> จำเลือด                     |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ              |   |  |

| อาการ | วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ | อาการปัจจุบัน |
|-------|-----------------------------|---------------|
|       |                             |               |
|       |                             |               |
|       |                             |               |

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

| ตรวจอะไร | เมื่อใด | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ | ข้อสังเกตโดยแพทย์ |
|----------|---------|-------------|-----------|-------------------|
|          |         |             |           |                   |
|          |         |             |           |                   |

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

| อาการ | วันเดือนปีที่รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |
|-------|--------------------------|------------|------------|
|       |                          |            |            |
|       |                          |            |            |

คำถามข้อ 18. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคภัยแรง

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง<br><input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไชนัสอักเสบ<br><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน<br><input type="checkbox"/> ภูมิแพ้<br><input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน<br><input type="checkbox"/> นิ่ว<br><input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ<br><input type="checkbox"/> ไล่เลือด<br><input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร<br><input type="checkbox"/> ฝีคันขลุ่ย | <input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่<br><input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน<br><input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท<br><input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม<br><input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบ หรือถูกเบียดทับ<br><input type="checkbox"/> ออทิสติก<br><input type="checkbox"/> สมาธิสั้น |
|--|--|---|--|

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา<br>(ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา<br>หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษา<br>และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|--|------------------------------|---|
|     |  |                              |   |
|     |  |                              |   |

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะ และคำยินยอม และตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

20. การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  ไม่มี  มี ถ้ามี โปรดระบุ  
 ถือสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่  
 ไม่เป็น  เป็น  เคยเป็น และสิ้นสุดบังคับ
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
 ไม่มี  มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่  
(เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  
 ไม่มี  มี

21. คำยินยอม และตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” อาจมีข้อมูลผูกพัน หรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะ หรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะ หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

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

**ส่วนที่ 5 การให้ความยินยอมในการส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

**ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันถ้อยแถลง หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยการให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**

- ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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

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

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

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  บิดา/มารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**หมายเหตุ :** รายละเอียดการตอบคำถาม (แยกตามแบบประกัน และเงื่อนไขการพิจารณารับประกันของบริษัท)

- 1. แบบซิมเบิลชีเนียร์ (สำหรับผู้สูงอายุ) ให้ตอบคำถามเฉพาะข้อ 1-12
- 2. แบบชีเนียร์พลัส ให้ตอบคำถามทุกข้อ
- 3. แบบประกันภัย High Saving (แบบเอกซ์ตราเซฟวิ่ง 12/6, แบบนิวเพอร์เฟค 60/15, แบบเพอร์เฟค 65/10, แบบอาคเนย์บ้านาญ 95/5, 95/10, 95/55, 95/60, 95/65)
  - 3.1 กรณีไม่ซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพค่าห้อง, HS Plus, IPD, OPD, โรคร้ายแรง, โรคมะเร็ง ให้ตอบคำถามเฉพาะข้อ 1-12
  - 3.2 กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพค่าห้อง, HS Plus, IPD, OPD, โรคร้ายแรง, โรคมะเร็ง ให้ตอบคำถามทุกข้อ
- 4. แบบประกันภัย คัมสุขเต็มสิบ 10/5, เซฟวิ่ง ซูเปอร์ไฟร์ 10/4, ซูเปอร์คัม 10/3, เซฟวิ่ง การ์นตี 20/10, อาคเนย์คืนใจ 10/6 และอาคเนย์คืนใจ 12/6
  - 4.1 กรณีไม่ซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพค่าห้อง, HS Plus, IPD, โรคร้ายแรง, โรคมะเร็ง ให้ตอบคำถามสุขภาพ และตรวจสุขภาพตามประกาศของบริษัท
  - 4.2 กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพค่าห้อง, HS Plus, IPD, โรคร้ายแรง, โรคมะเร็ง ให้ตอบคำถามทุกข้อ
- 5. แบบประกันภัยอื่น ๆ ทุกแบบ ให้ตอบคำถามทุกข้อ
- 6. **สำหรับส่วนที่ 4 :** ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามทุกข้อ และทุกแบบการประกันภัย