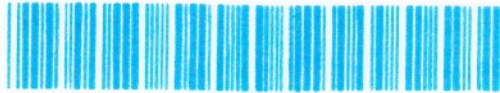




บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนวิภาวดีรังสิต เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10400
โทร 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaifile.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104



12345678900

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

ใบสมัครสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ใบคำขอเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....

หนังสือรับรองเลขที่.....

ใบสมัครสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย ท.ภ. กฤษณ์สิทธิ์ มหาภิรมย์ ชื่อและนามสกุลเดิม -
เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
อายุ 33 ปี เกิดวันที่ 9 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2525 เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน
อื่นๆ..... เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....
วันหมดอายุ..... 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 19/48 หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย 1702/44 ถนน สว่างนรินทร์
แขวง/ตำบล ตลาดขวัญ เขต/อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี ประเทศ ไทย
รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์บ้าน 08-183 4567 โทรศัพท์มือถือ 089-989 6543 อีเมล 100.def@hotmail.com
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ (ในประเทศไทย) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ พนักงาน ตำแหน่ง ก ลักษณะงานที่ทำ สอนหนังสือ
ลักษณะธุรกิจ.....
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ.....
- ยอดเงินขอกู้ ยอดเงินกู้ ค้ำประกันในขณะที่ยังชำระที่ขอเอาประกันภัย 500,000 บาท
จำนวนเงินเอาประกันภัย 500,000 บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ
ผู้กู้ร่วม ไม่มี มี ชื่อ-สกุล..... ผู้ร่วมทำประกันด้วย ไม่มี มี ชื่อ-สกุล.....
- ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ 10 ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย 10 ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย.....% จำนวนเบี้ยประกันภัย 9,880 บาท งวดชำระเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว)
- ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำประกัน ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ดังนี้ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้อธิบายแบ่ง
เท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละผลประโยชน์	ที่อยู่
นางชัชวาลา มหาภิรมย์	68	ภรรยา	50 %	19/48 ซ.สว่างนรินทร์ กทม.สว่างนรินทร์ นนทบุรี
นายเกษมสิทธิ์ มหาภิรมย์	63	บิดา	50 %	19/48 ซ.สว่างนรินทร์ กทม.สว่างนรินทร์ นนทบุรี

ผลการตรวจสอบและพิจารณา

การอนุมัติรับประกันภัย

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืนผู้ สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุ ของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียดบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....)
8. ท่านสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เคย เคย ปริมาณ..... ความถี่..... เล็กเสพเมื่อ.....
9. ผ่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ 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..... 165 ซม. น้ำหนัก..... 55 กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น..... กก. ลดลง..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคออส หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรค ร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรับการรักษา 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"/> โรคต่อมไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรค อัมพาต	<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"/> โรคกระดูก
<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"/> โรคไตหรือไต
<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง		

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

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 ในกรณี ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัท สามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหนี้ที่ต้องเสียภาษีประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้กับบริษัท

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันด้วยตนเองหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัย การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม


- ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าค่าเคลมทุกข้อในใบคำขอมี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้มอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคดเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือองค์กรหรือบุคคลอื่นหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกัน

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาธุรกิจกรุงเทพ

วันที่ 1 เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินตามสัญญากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของค่าเคลมทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) 
กฤษณ์ มัททวี
 ผู้เอาประกันภัย

เงื่อนไขความคุ้มครองกรณีเสียชีวิต

เสียชีวิตปีแรก จ่ายทุกกรณียกเว้น

1. **ฆ่าตัวตายในปีแรก**



พบประวัติการรักษาก่อนทำประกันบริษัทจะคืน = บริษัทคืนเบี้ยประกัน

2. **เสียชีวิตจากการเจ็บป่วย**



ไม่พบประวัติการรักษา = บริษัทจะจ่ายเงินเคลียร์หนี้ที่สหกรณ์ ฯ

เสียชีวิตตั้งแต่ปีที่สอง จ่ายทุกกรณีจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- ฆ่าตัวตาย
- เจ็บป่วย
- อุบัติเหตุ