

บริษัทไทยประกันชีวิตจำกัด (มหาชน)

ทุนประกัน.....บาท..... เบี้ยประกัน.....บาท. อายุ.....ปี

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....เพศ.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
2. เลขที่บัตรประชาชน.....วันบัตรหมดอายุ.....
3. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....ประเทศ.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ.....
4. สถานที่ทำงาน
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....ประเทศ.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
5. อาชีพประจำ รับราชการ ตำแหน่ง.....
ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ประมาณต่อปี.....
6. ชื่อและนามสกุลเดิม.....สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า อื่น
ชื่อสามีหรือภรรยา.....อายุ.....ปี
7. แบบประกันภัย ไทยชนพิทักษ์ 2 ระยะเวลาเอาประกันภัย 5 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ย 1 ปี ชำระราย 12 เดือน
8. ผู้รับผลประโยชน์
1. สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ความสัมพันธ์ ผู้ให้กู้ “จ่ายเท่ากับจำนวนหนี้ คงค้าง แต่ไม่เกิน
จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง”
2. นาย/นาง/น.ส.....อายุ.....ปี..ความสัมพันธ์.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
.(แนบเอกสารผู้รับผลประโยชน์ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชน)*พ่อแม่บุตรนามสกุลเดียวกันไม่ต้องแนบ
เอกสารค่ะ
9. น้าหนัก.....ก.ก.....ส่วนสูง.....ซม.



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



12345678900

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวล
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.....
วันบัตรหมดอายุ.....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 ค่าชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
ผู้กู้ร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี.....คน (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
- ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย.....% จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท วงลดชำระเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว)
- ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ดังนี้ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลประโยชน์ร้อยละ	ที่อยู่

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียด)บริษัท..... สาเหตุ.....เมื่อ.....
8. ท่านเสฟหรือเคยเสฟยาเสฟติด หรือสารเสฟติด หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ปริมาณ.....ความถี่..... ☐ เล็กเสฟเมื่อ.....
9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ดื่มมานาน.....ปี ☐ เล็กดื่ม เมื่อ.....
10. ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เล็กสูบ 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 และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

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

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

15. คำยินยอมและตกลง

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

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันตอบรับว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย 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

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ).....นายหน้า

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

การประกันชีวิตประเภทกลุ่ม เพื่อค้ำประกันเงินกู้จำนวน (คุ้มครองการเสียชีวิตและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง)
อัตราเบี้ยประกันรายกรมชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท

สำหรับเพศชาย

อายุ	ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี)																			อายุ
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
20	3.05	4.50	5.24	6.02	6.82	7.78	8.86	10.12	11.49	12.88	14.28	15.72	17.18	18.67	20.20	21.77	23.38	25.04	26.76	28.52
21	3.16	4.76	5.40	6.20	7.02	7.99	9.16	10.54	11.94	13.38	14.85	16.35	17.89	19.47	21.11	22.79	24.53	26.34	27.47	29.31
22	3.25	4.87	5.52	6.34	7.18	8.16	9.34	10.74	12.17	13.63	15.13	16.65	18.21	19.81	21.46	23.16	24.93	26.76	28.29	30.13
23	3.31	4.96	5.61	6.44	7.30	8.28	9.47	10.88	12.32	13.79	15.29	16.82	18.39	19.99	21.64	23.34	25.11	26.94	28.86	31.99
24	3.36	5.03	5.69	6.52	7.39	8.38	9.58	10.99	12.43	13.90	15.40	16.93	18.50	20.11	21.76	23.46	25.23	27.06	29.08	33.08
25	3.40	5.08	5.75	6.58	7.46	8.46	9.67	11.09	12.53	14.02	15.52	17.05	18.62	20.23	21.88	23.58	25.35	27.18	29.30	34.32
26	3.43	5.13	5.81	6.64	7.52	8.53	9.74	11.16	12.60	14.09	15.59	17.12	18.69	20.30	21.95	23.65	25.42	27.25	29.47	35.73
27	3.47	5.20	5.89	6.72	7.60	8.61	9.82	11.23	12.67	14.16	15.66	17.19	18.76	20.37	22.02	23.72	25.49	27.32	29.64	37.33
28	3.52	5.29	5.98	6.81	7.69	8.70	9.91	11.33	12.77	14.26	15.76	17.29	18.86	20.47	22.12	23.82	25.59	27.42	29.86	39.12
29	3.60	5.41	6.10	6.93	7.81	8.82	10.03	11.46	12.90	14.39	15.89	17.42	18.99	20.60	22.25	23.95	25.72	27.55	29.99	41.14
30	3.69	5.57	6.26	7.09	7.97	8.98	10.19	11.62	13.06	14.55	16.05	17.58	19.15	20.76	22.41	24.11	25.88	27.71	29.94	43.37
31	3.82	5.77	6.46	7.29	8.17	9.18	10.39	11.82	13.26	14.75	16.25	17.78	19.35	20.96	22.61	24.31	26.08	27.91	29.94	45.83
32	3.97	6.01	6.70	7.53	8.41	9.42	10.63	12.06	13.50	14.99	16.49	18.02	19.59	21.20	22.85	24.55	26.32	28.15	30.08	48.53
33	4.15	6.28	6.97	7.80	8.68	9.69	10.90	12.33	13.77	15.26	16.75	18.28	19.85	21.46	23.11	24.81	26.58	28.41	30.34	51.47
34	4.35	6.59	7.28	8.11	9.00	10.01	11.22	12.65	14.14	15.63	17.12	18.65	20.22	21.83	23.48	25.18	26.95	28.78	30.77	54.67
35	4.57	6.92	7.61	8.44	9.33	10.34	11.55	13.00	14.49	15.98	17.47	18.99	20.56	22.17	23.82	25.52	27.29	29.12	31.05	58.15
36	4.81	7.29	7.98	8.81	9.70	10.71	11.92	13.37	14.86	16.35	17.84	19.37	20.94	22.55	24.20	25.90	27.67	29.49	31.42	61.94
37	5.07	7.68	8.37	9.20	10.09	11.10	12.31	13.76	15.25	16.74	18.23	19.76	21.33	22.94	24.59	26.29	28.06	29.88	31.81	66.06
38	5.34	8.11	8.80	9.63	10.52	11.53	12.74	14.19	15.68	17.17	18.66	20.19	21.76	23.37	25.02	26.72	28.49	30.31	32.24	70.54
39	5.64	8.57	9.26	10.09	10.98	11.99	13.20	14.65	16.14	17.63	19.12	20.65	22.22	23.83	25.48	27.18	28.95	30.77	32.70	75.43
40	5.97	9.07	9.76	10.59	11.48	12.49	13.70	15.15	16.64	18.13	19.62	21.15	22.72	24.33	25.98	27.68	29.45	31.27	33.23	80.77
41	6.33	9.62	10.31	11.14	12.03	13.04	14.25	15.70	17.19	18.68	20.17	21.70	23.27	24.88	26.53	28.23	29.98	31.79	33.74	86.60
42	6.72	10.23	10.92	11.75	12.64	13.65	14.86	16.31	17.80	19.29	20.78	22.31	23.88	25.49	27.14	28.84	30.59	32.39	34.34	92.98
43	7.16	10.90	11.59	12.42	13.31	14.32	15.53	17.00	18.49	19.98	21.47	22.96	24.53	26.14	27.79	29.49	31.24	33.04	34.99	99.96
44	7.65	11.65	12.34	13.17	14.06	15.07	16.28	17.75	19.24	20.73	22.22	23.71	25.20	26.69	28.28	29.93	31.63	33.38	35.33	107.62
45	8.18	12.47	13.16	14.00	14.89	15.90	17.11	18.58	20.07	21.56	23.05	24.54	26.03	27.52	29.01	30.50	32.15	33.85	35.80	116.01
46	8.77	13.37	14.06	14.90	15.79	16.80	18.01	19.48	20.97	22.46	23.95	25.44	26.93	28.42	29.91	31.40	33.05	34.75	36.70	125.21
47	9.42	14.36	15.05	15.89	16.78	17.79	19.00	20.47	21.96	23.45	24.94	26.43	27.92	29.41	30.90	32.39	34.04	35.74	37.69	135.32
48	10.12	15.44	16.13	16.97	17.86	18.87	20.08	21.55	23.04	24.53	26.02	27.51	29.00	30.49	31.98	33.47	35.12	36.82	38.77	146.43
49	10.89	16.60	17.29	18.13	19.02	19.93	21.14	22.61	24.10	25.59	27.08	28.57	30.06	31.55	33.04	34.53	36.18	37.88	39.83	158.65
50	11.71	17.85	18.54	19.38	20.27	21.18	22.39	23.90	25.41	26.92	28.43	29.94	31.45	32.96	34.47	35.98	37.63	39.33	41.28	
51	12.59	19.20	20.00	20.84	21.73	22.64	23.85	25.36	26.87	28.38	29.89	31.40	32.91	34.42	35.93	37.44	39.00	40.70	42.65	
52	13.55	20.65	21.45	22.29	23.18	24.09	25.30	26.81	28.32	29.83	31.34	32.85	34.36	35.87	37.38	38.89	40.40	42.10	44.05	
53	14.58	22.23	23.03	23.87	24.76	25.67	26.88	28.39	29.90	31.41	32.92	34.43	35.94	37.45	38.96	40.47	42.08	43.78	45.73	
54	15.71	23.97	24.77	25.61	26.50	27.41	28.62	30.13	31.64	33.15	34.66	36.17	37.68	39.19	40.70	42.21	43.82	45.52	47.47	
55	16.96	25.89	26.69	27.53	28.42	29.33	30.54	32.05	33.56	35.07	36.58	38.09	39.60	41.11	42.62	44.13	45.74	47.44	49.39	
56	18.36	28.04	28.84	29.68	30.57	31.48	32.69	34.20	35.71	37.22	38.73	40.24	41.75	43.26	44.77	46.28	47.89	49.50	51.45	
57	19.92	30.46	31.26	32.10	33.00	33.91	35.12	36.63	38.14	39.65	41.16	42.67	44.18	45.69	47.20	48.71	50.32	51.93	53.88	
58	21.70	33.20	34.00	34.84	35.74	36.65	37.86	39.37	40.88	42.39	43.90	45.41	46.92	48.43	49.94	51.45	53.06	54.67	56.62	
59	23.71	36.30	37.10	37.94	38.84	39.75	40.96	42.47	43.98	45.49	47.00	48.51	49.92	51.43	52.94	54.45	56.06	57.67	59.62	
60	25.98	39.90	40.70	41.54	42.44	43.35	44.56	46.07	47.58	49.09	50.60	52.11	53.62	55.13	56.64	58.15	59.76	61.37	63.32	
61	28.56	43.76	44.56	45.40	46.30	47.21	48.42	49.93	51.44	52.95	54.46	55.97	57.48	58.99	60.50	62.01	63.62	65.23	67.18	
62	31.47	48.23	49.03	49.87	50.77	51.68	52.89	54.40	55.91	57.42	58.93	60.44	61.95	63.46	64.97	66.48	68.09	69.70	71.65	
63	34.74	53.25	54.05	54.89	55.79	56.70	57.91	59.42	60.93	62.44	63.95	65.46	66.97	68.48	69.99	71.50	73.11	74.72	76.67	
64	38.43	58.89	59.69	60.53	61.43	62.34	63.55	65.06	66.57	68.08	69.59	71.10	72.61	74.12	75.63	77.14	78.75	80.36	82.31	
65	42.58	65.24	66.04	66.88	67.78	68.69	69.90	71.41	72.92	74.43	75.94	77.45	78.96	80.47	81.98	83.49	85.10	86.71	88.66	

การประกันชีวิตประเภทกลุ่ม เพื่อการค้าประกันเงินกู้ยืม (คุ้มครองการเสียชีวิตและพหุสภาพการสั่นเชิง)

อัตราเบี้ยประกันภัยรวมชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท

สำหรับเพศหญิง

อายุ	ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี)																			อายุ
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
20	1.09	1.64	1.70	2.15	2.61	2.86	3.31	3.77	4.23	4.71	5.20	5.70	6.21	6.74	7.28	7.84	8.41	9.01	9.63	20
21	1.12	1.69	1.75	2.21	2.68	2.94	3.40	3.87	4.34	4.83	5.34	5.85	6.38	6.92	7.48	8.06	8.67	9.30	9.95	21
22	1.16	1.74	1.80	2.27	2.75	3.01	3.48	3.96	4.45	4.96	5.47	6.00	6.55	7.11	7.70	8.31	8.94	9.61	10.30	22
23	1.19	1.78	1.84	2.32	2.82	3.08	3.56	4.06	4.56	5.08	5.61	6.16	6.73	7.32	7.93	8.56	9.24	9.94	10.68	23
24	1.21	1.82	1.88	2.38	2.88	3.15	3.65	4.15	4.67	5.21	5.76	6.33	6.92	7.54	8.19	8.86	9.58	10.32	11.11	24
25	1.24	1.87	1.93	2.43	2.95	3.23	3.73	4.25	4.79	5.35	5.92	6.52	7.14	7.79	8.48	9.19	9.95	10.75	11.59	25
26	1.27	1.91	1.97	2.49	3.02	3.31	3.83	4.36	4.92	5.50	6.10	6.73	7.39	8.08	8.80	9.57	10.38	11.23	12.14	26
27	1.30	1.95	2.01	2.54	3.09	3.39	3.93	4.49	5.07	5.67	6.31	6.97	7.67	8.40	9.18	10.00	10.86	11.78	12.75	27
28	1.33	2.00	2.06	2.61	3.17	3.49	4.05	4.63	5.24	5.86	6.55	7.25	7.99	8.78	9.61	10.49	11.42	12.40	13.45	28
29	1.36	2.05	2.12	2.68	3.27	3.60	4.18	4.80	5.44	6.12	6.83	7.58	8.37	9.21	10.10	11.05	12.05	13.11	14.24	29
30	1.40	2.11	2.18	2.77	3.38	3.73	4.34	4.99	5.68	6.39	7.16	7.96	8.81	9.72	10.67	11.69	12.77	13.91	15.13	30
31	1.44	2.18	2.26	2.87	3.51	3.88	4.54	5.23	5.95	6.72	7.54	8.40	9.32	10.29	11.32	12.42	13.58	14.82	16.13	31
32	1.49	2.26	2.35	3.00	3.67	4.07	4.77	5.50	6.28	7.10	7.98	8.91	9.90	10.95	12.06	13.24	14.50	15.83	17.25	32
33	1.56	2.36	2.46	3.14	3.86	4.29	5.03	5.82	6.66	7.55	8.49	9.49	10.56	11.69	12.89	14.17	15.52	16.97	18.50	33
34	1.64	2.48	2.60	3.32	4.09	4.55	5.35	6.19	7.09	8.05	9.07	10.15	11.30	12.52	13.82	15.20	16.67	18.23	19.89	34
35	1.73	2.63	2.75	3.53	4.35	4.85	5.71	6.62	7.59	8.63	9.73	10.89	12.14	13.46	14.86	16.35	17.94	19.63	21.44	35
36	1.83	2.80	2.93	3.77	4.65	5.19	6.12	7.10	8.15	9.27	10.46	11.72	13.06	14.49	16.01	17.62	19.35	21.19	23.16	36
37	1.96	2.99	3.14	4.04	4.99	5.58	6.58	7.64	8.78	9.99	11.27	12.63	14.09	15.63	17.27	19.03	20.90	22.91	25.06	37
38	2.10	3.21	3.38	4.34	5.37	6.01	7.09	8.24	9.47	10.78	12.16	13.64	15.21	16.88	18.67	20.58	22.62	24.81	27.16	38
39	2.26	3.46	3.64	4.69	5.80	6.49	7.66	8.93	10.23	11.64	13.14	14.74	16.44	18.26	20.20	22.28	24.51	26.91	29.49	39
40	2.44	3.74	3.93	5.07	6.27	7.01	8.28	9.63	11.06	12.59	14.21	15.94	17.79	19.77	21.89	24.16	26.60	29.23	32.06	40
41	2.64	4.04	4.26	5.48	6.78	7.58	8.96	10.41	11.96	13.62	15.38	17.26	19.27	21.43	23.74	26.23	28.91	31.80	34.92	41
42	2.86	4.37	4.61	5.93	7.34	8.21	9.69	11.27	12.95	14.74	16.65	18.70	20.90	23.26	25.79	28.52	31.47	34.65	38.08	42
43	3.09	4.73	4.99	6.42	7.94	8.88	10.48	12.19	14.01	15.96	18.06	20.28	22.69	25.27	28.06	31.06	34.30	37.81	41.60	43
44	3.35	5.12	5.40	6.94	8.59	9.61	11.34	13.20	15.18	17.30	19.58	22.03	24.66	27.50	30.57	33.88	37.45	41.32	45.51	44
45	3.62	5.54	5.84	7.51	9.29	10.40	12.28	14.30	16.46	18.78	21.28	23.96	26.86	29.98	33.36	37.01	40.96	45.24	49.88	45
46	3.92	6.00	6.31	8.13	10.06	11.26	13.31	15.51	17.88	20.42	23.16	26.11	29.30	32.75	36.47	40.51	44.88	49.62	54.78	46
47	4.24	6.49	6.83	8.80	10.90	12.21	14.45	16.86	19.45	22.25	25.26	28.51	32.03	35.84	39.96	44.43	49.27	54.54	60.28	47
48	4.59	7.02	7.40	9.54	11.83	13.27	15.72	18.37	21.22	24.29	27.62	31.21	35.10	39.31	43.87	48.83	54.21	60.08	66.49	48
49	4.97	7.62	8.04	10.37	12.87	14.46	17.15	20.06	23.20	26.60	30.27	34.24	38.54	43.21	48.27	53.78	59.79	66.34	73.51	49
50	5.40	8.28	8.75	11.30	14.05	15.80	18.77	21.98	25.45	29.20	33.26	37.66	42.43	47.61	53.24	59.38	66.09	73.43	81.48	50
51	5.89	9.04	9.56	12.36	15.39	17.33	20.60	24.15	27.98	32.14	36.64	41.52	46.81	52.56	58.86	65.73	73.24	81.48		51
52	6.44	9.90	10.48	13.57	16.91	19.05	22.68	26.60	30.85	35.45	40.45	45.87	51.77	58.21	65.23	72.93	81.36			52
53	7.07	10.88	11.53	14.94	18.64	21.01	25.03	29.38	34.09	39.20	44.75	50.80	57.38	64.58	72.46	81.11				53
54	7.79	11.99	12.72	16.50	20.59	23.23	27.68	32.50	37.74	43.43	49.62	56.37	63.75	71.83	80.69					54
55	8.60	13.26	14.07	18.26	22.79	25.72	30.67	36.03	41.86	48.21	55.13	62.69	70.98	80.07						55
56	9.53	14.68	15.59	20.23	25.27	28.53	34.03	40.01	46.52	53.61	61.38	69.88	79.20							56
57	10.56	16.29	17.29	22.46	28.05	31.69	37.82	44.50	51.79	59.76	68.49	78.07								57
58	11.73	18.09	19.21	24.96	31.19	35.26	42.12	49.60	57.79	66.76	76.61									58
59	13.04	20.11	21.37	27.78	34.75	39.31	47.01	55.42	64.65	74.78										59
60	14.52	22.40	23.82	30.99	38.79	43.94	52.60	62.10	72.53											60
61	16.20	25.01	26.62	34.66	43.44	49.26	59.05	69.80												61
62	18.12	28.00	29.83	38.89	48.81	55.43	66.52													62
63	20.34	31.47	33.56	43.31	55.06	62.35														63
64	22.92	35.51	37.92	49.56	62.35															64
65	25.96	40.26	43.04																	65

การประกันชีวิตประเภทกลุ่ม เพื่อค่าประกันเงินกู้ยืม (คุ้มครองสินเชื่อ)
 (คุ้มครองการเสียชีวิตและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง)
 อัตราเบี้ยประกันรวมชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท

ปี ที่	ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี)																				ปี ที่
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1
2		519	692	778	830	864	888	906	920	931	940	947	953	959	963	967	970	973	976	978	2
3			359	538	645	716	767	804	833	856	875	890	903	914	923	931	938	944	950	955	3
4				280	447	557	636	695	740	776	805	829	849	866	880	893	904	913	922	929	4
5					232	386	495	576	639	689	729	763	790	814	834	851	866	880	891	902	5
6						200	343	448	530	595	648	691	727	758	784	807	826	843	858	872	6
7							178	310	413	494	559	613	659	697	730	758	783	804	823	840	7
8								161	285	384	464	530	585	632	671	706	736	762	785	805	8
9									148	266	361	440	505	561	608	649	685	716	743	768	9
10										138	250	342	419	484	540	588	630	667	699	727	10
11											130	237	326	402	466	522	571	613	650	683	11
12												123	226	313	387	451	507	556	598	636	12
13													117	216	301	374	438	493	542	585	13
14														112	208	291	363	426	481	530	14
15															108	201	283	353	416	471	15
16																105	195	275	345	407	16
17																	102	190	268	337	17
18																		99	186	262	18
19																			96	182	19
20																				94	20