

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ  
ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม  
(สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย)**

- ชื่อผู้ถือกรรมสิทธิ์.....
- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว)..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง  
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....ก.ก.  
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย ชื่อคู่สมรส..... อาชีพคู่สมรส.....  
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... วันหมดอายุ.....  
☐ หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....  
☐ อื่น ๆ.....
- เป็นพนักงาน/สมาชิก ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... ตำแหน่งและลักษณะงานปัจจุบัน.....
- ที่อยู่และที่อยู่ปัจจุบัน  
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.....  
ค. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
- ผู้รับผลประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	อายุ	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือ เดินทาง/เอกสารที่หน่วยงาน ของรับรองออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

- กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หน้าโรคต่อไปนี้ เฉพาะที่ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ  
ได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ถ้าไม่เคยไม่ต้องตอบข้อนี้)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ     | <input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน              | <input type="checkbox"/> โรคประสาท              |
| <input type="checkbox"/> โรคจอบประสาทตา | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง     | <input type="checkbox"/> โรคจิต                  | <input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า           |
| <input type="checkbox"/> โรคต่อหีน      | <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ    | <input type="checkbox"/> โรคชัก                  | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ       |
| <input type="checkbox"/> โรควัณโรค      | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ               | <input type="checkbox"/> โรคไต                   | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด      | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร   | <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง              |
| <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ   | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์              |  |   |

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด ความเจ็บป่วย/การรักษา/แพทย์ผู้รักษาและสถานพยาบาลที่รักษา.....

คำถามข้อ 7-12 เป็นคำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ

หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

(ชื่อบริษัท/ จำนวนเงินเอาประกันภัย/ เงินชดเชยรายวัน/ ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่) .....

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข

สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ชื่อบริษัท/ สาเหตุ/ เมื่อใด) .....

9. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์

การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ตรวจอะไร/ เมื่อใด/ สถานที่ตรวจ/ ผลการตรวจ/ ข้อสังเกตโดยแพทย์) .....

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ

การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(อาการ/ วันเดือนปีที่รับการรักษา/ สถานพยาบาล/ ผลการรักษา) .....

11. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี

หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง ☐ กรดไหลย้อน ☐ นิ้ว ☐ ถุงน้ำดีอักเสบ

☐ ไข้เลือด ☐ ริดสีดวงทวาร ☐ ฝีคันขูด ☐ ไช้ส้ออักเสบ

☐ ปวดศรีษะไมเกรน ☐ ภูมิแพ้ ☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ☐ ต่อมน้ำลายอักเสบเรื้อรัง

☐ เชื้อราโพรงจมูกเจริญผิดปกติ ☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน ☐ ข้อเสื่อม ☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง

☐ ออทิสติก ☐ สมาร์สัน ☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ

☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดโรค/ วัน เดือน ปี ที่รักษา(ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์/ การรักษาและอาการปัจจุบัน/ สถานพยาบาลที่รักษา(หากระบุชื่อแพทย์ได้ให้ระบุ))

12. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี

☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

1. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ

ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ

ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ

หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 20 วัน

นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้

การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว

บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้

รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า

หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริงบริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

2.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บใช้

และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้

และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(สำหรับบริษัทฯ)

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่..... ใบรับรองเลขที่.....

จำนวนเงินเอาประกันชีวิต..... จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....

วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ..... วันครบรอบปีกรมธรรม์.....

ประเภทสมาชิก ☐ พนักงาน/สมาชิก ☐ คู่สมรส ☐ อื่นๆ (ระบุ).....