

ตัวอย่าง



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน
บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 63/2 อาคาร ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนน
พระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง
กรุงเทพ 10310
โทร 02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601
www.dhipayalife.co.th

ค่าเบี้ยของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

BARCODE

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต สำหรับการประกันชีวิตกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (รายบุคคล)

โครงการ ประกันสินเชื่อ

ชื่อผู้ใช้งาน.....
สาขา.....
รหัสสาขา.....
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
เลขสัญญา.....

สำหรับธนาคารเพื่อกรอกข้อมูล

ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ยื่นขอประกันภัย 1,000,000 บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ 20 ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย 6.5 % อัตราเบี้ยประกันภัยชำระครั้งเดียว (ค่าคงที่) 46.1 บาท ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท

รายละเอียดการขอเอาประกันภัย	ระยะเวลา (ปี)		จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	เอาประกันภัย	ชำระเบี้ยประกันภัย		
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย <u>ทุนประกันคงที่</u>	<u>10</u>	<u>1</u>	<u>1,000,000</u>	<u>46,100</u>
สัญญาเพิ่มเติม				
สัญญาเพิ่มเติม				
สัญญาเพิ่มเติม				
เบี้ยประกันภัยรวม			<u>46,100</u>	

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุล นายสุริยา ชินวัฒน์ เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง ส่วนสูง 171 ซม. น้ำหนัก 85 กก.
วันเดือนปีเกิด 25 พฤษภาคม 2527 อายุ 40 ปี สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ สัญชาติ ไทย
อาชีพ ทนาย หน้าที่รับผิดชอบ ปลูก-เก็บผลผลิต รายได้ต่อปี 600,000
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 213 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย ถนน บางกรวย-ไทรน้อย
ตำบล/แขวง บางรักพัฒนา อำเภอ/เขต บางบัวทอง จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11110 เบอร์ติดต่อ 061-624-6978
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
ที่อยู่สถานที่ทำงาน ชื่อสถานที่ทำงาน สก.บางบัวทอง จำกัด อาคาร เลขที่ หมู่ที่
ตรอก/ซอย ถนน บางกรวย-ไทรน้อย ตำบล/แขวง บางรักพัฒนา อำเภอ/เขต บางบัวทอง
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ เบอร์ติดต่อ
เอกสารที่นำมาแสดง ☒ บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง (Passport) 1-2500-00000-000 ออกเมื่อวันที่ 16-มค-2567
อีเมล (สำหรับติดต่อและให้บริการประเภทอิเล็กทรอนิกส์) suriya.ch@dhipayalife.co.th
สถานที่ติดต่อ ☐ สถานที่ทำงาน ☒ ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
☒ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง
นอกเหนือจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมธรรม์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมธรรม์ประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมธรรม์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่ากัน)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
นางสุภาภรณ์ ชื่นวัฒน์	0-0000-00000-000	40	ภรรยา	213 ม.1 ต.บางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง	

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)
บริษัท _____ สาเหตุ _____ เมื่อใด _____
- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ โรคเลือด โรคต่อมน้ำเหลืองโต เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเอสแอลหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคจิต พิกการทางร่างกาย หรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดโรคที่เป็น สถานพยาบาลที่รักษา)

- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☒ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด _____ ปริมาณ _____
ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี ☐ เลิกเสพเมื่อ _____
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☒ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด _____
ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ _____
- ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☒ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบบุหรี่โปรดระบุปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ _____

ส่วนที่ 2 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัยจัดส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ **1-2500-00000-000**
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติกรตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
☒ ไม่เป็น
☐ เป็น
☐ เคยเป็นและสิ้นสุดลงแล้ว กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☒ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☒ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

(1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่ามีบริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่ามีบริษัทประกันภัยจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 4 ข้อความยินยอมอันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ในข่ายของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.dhipayallife.co.th> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

ส่วนที่ 5 คำเตือน

1. หากผู้ขอเอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับผู้ขอเอาประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
5. หากผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทมูลค่า 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

(ลงชื่อ)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

วันที่

เดือน

พ.ศ.

(ลงชื่อ)

ผู้ขอเอาประกันภัย

6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.dhipayalife.co.th> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนังสือค่างวด ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้น ให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ)

()

ผู้ขอเอาประกันภัย



แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
Common Reporting Standard (CRS) for Individual Customer

วันที่ / Date 20 / 2 / 2567

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้าชื่อ/นามสกุล) Insurance Applicant / Insured (Title/Name/Surname) นายสุริยา ชินวัฒน์	เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย Application Form No. / Policy No.
สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ) Place of Birth (City and Country) ประเทศไทย	เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง Identification Number / Passport No.

ส่วนที่ 1 การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา
Part 1 CRS Self-Certification

1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ ☐ ใช่/Yes ☒ ไม่ใช่/No
Do you have tax residence* in countries other than Thailand or the U.S.?
ถิ่นที่อยู่ทางภาษี หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นแล้วหรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจากมีการมีถิ่นอาศัยถาวร จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาจากเกณฑ์อื่น ๆ
"tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.
โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศอื่นที่ท่านมีถิ่นที่อยู่และเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง
You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and TIN in the table below.
หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้
If you select "No", Please end the question in Part 1.

ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี TIN	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล (A) (B) หรือ (C) If no TIN available enter Reason (A) (B) or (C)	หากท่านเลือกเหตุผล (B) โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอ หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ Please explain why you are unable to obtain a TIN if you select Reason (B)

เหตุผล (A) - ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น
Reason (A) - The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.
เหตุผล (B) - ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ : โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)
Reason (B) - You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN)).
เหตุผล (C) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่บังคับจัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)
Reason (C) - Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Only select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of taxpayer identification number (TIN)).

ส่วนที่ 2 การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ
Part 2 Confirmation and Change of Status

1. ท่านยืนยันว่า ข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
2. ท่านรับทราบและตกลงว่า ข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัทฯ ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัทฯ" มีสิทธิ ใช้อำนาจที่พึงชอบเพื่อที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าท่านจะแจ้งหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Dhipaya Life Assurance Public Co., LTD. "Company" shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์ใดก็ตามที่ทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่เป็นปัจจุบัน
You agree to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that causes the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.
4. ท่านรับทราบและตกลงว่า ในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิ ใช้อำนาจที่พึงชอบเพื่อที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าท่านจะแจ้งหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
You acknowledge and agree that failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้อำนาจการพิจารณาความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลจำเป็นที่ต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอโดยหน่วยงานที่กำกับดูแลการรายงาน
ข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิ ใช้อำนาจที่พึงชอบเพื่อที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าท่านจะแจ้งหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย Insurance Applicant / Insured	ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Giving Consent as Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant/Insured (In case the insurance applicant/insured is a minor)

สถานที่อ่านนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท (Privacy Policy)



ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม
กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นขอเอาประกันภัยชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต/เอกสารเสนอขาย
บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อ
คุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. **ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย
ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่
จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอา
ประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยไม่มีสิทธิ
ในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้
3. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลา
ตามข้อ 2 ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย จะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรรมธรรม์ประกัน
ภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. 02-515-3996-9 หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. 1186

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้า
มีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

☒ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม

.....ลงนาม

()

()

ผู้ขาย (ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เวลา.....น.

หมายเหตุ

*กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตลอดอายุกรรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลง
ตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

**คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความสอดคล้องกับเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัย



หนังสือแจ้งมติของคณะกรรมการอนามัย

แบบฟอร์มเลขที่.....

แบบฟอร์ม

การตรวจสอบหลักฐานและรับรองความถูกต้องข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่
(กรณีขายแบบพบหน้า และผลิตภัณฑ์ ช่องทางที่มีความเสี่ยงต่ำ)

วันที่ 20 มี.ค. 2564

ชื่อผลิตภัณฑ์ _____ ประกันคุ้มครองสินเชื่อแบบ ทุกวงที่ / ทุนลดลง

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ขอเอาประกันภัย) นาง อรุณ ใจดี วัน เดือน ปีเกิด 25/5/2534

หลักฐานแสดงตน เลขประจำตัวประชาชน/ใบอนุญาตขับขี่/หนังสือเดินทาง เลขที่ 5655 0000 1936

ข้าพเจ้าได้ทำการ (เจ้าหน้าที่)

1. เปรียบเทียบใบหน้าผู้ขอเอาประกันภัยกับรูปบนบัตรประชาชนแล้วเป็นบุคคลเดียวกัน ☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ตรวจสอบวันหมดอายุบัตร ☒ ไม่หมดอายุ (ระบุวันที่) _____ ☐ หมดอายุ (ระบุวันที่) _____

"กรณีบัตรประจำตัวประชาชน เสียหาย ขาดหาย หรือ หมดอายุให้ดำเนินการ ดังนี้"

- แจ้งให้ลูกค้าทำบัตรประจำตัวประชาชนใบใหม่ หรือ
- ให้นำข้อมูลบนบัตรประจำตัวประชาชนตรวจสอบกับระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานภาครัฐ และขอเอกสารเพิ่มเติมโดยเอกสารที่ขอต้องเป็นเอกสารที่ออกโดยหน่วยงานทางการ เช่น ทะเบียนบ้าน หรือ ใบขับขี่ เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้ตรวจสอบหลักฐานการแสดงตนของผู้ขอเอาประกันชีวิตครบถ้วน ถูกต้องแล้ว

ลงนาม (ลายเซ็น) (เจ้าหน้าที่)
(อ.อรรณ ใจดี)

เพื่อปฏิบัติตาม

ประกาศสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน เรื่อง แนวทางในการระบุตัวตนและพิสูจน์ตัวตนของลูกค้าและการ

ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง พ.ศ. 2564

โครงการประกันสินเชื่อแบบกลุ่ม (แบบทุนประกันคงที่)



ทิพยประกันชีวิต
THAI PRAYAK LIFE ASSURANCE

ความคุ้มครอง เสียชีวิต

อายุรับประกันภัย 20 - 69 ปี

คุ้มครองสูงสุดไม่เกินอายุ 75 ปี

ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 - 30 ปี (ตามที่ระบุในสัญญาเงิน)

คำนวณเบี้ยประกันกลุ่มสินเชื่อจำนอง	กรอกข้อมูลในช่อง	
อายุ	40	ปี
วันเกิด	2527	
วันรับเงินกู้	2567	
เพศ	M	M แทนเพศชาย F แทนเพศหญิง
ทุนประกัน	1,000,000	บาท
ระยะเวลาคุ้มครอง	10	ปี
อัตราเบี้ยประกันภัย คุ้มครองชีวิต	46.100	
อัตราเบี้ยประกันภัยรวม	46.100	ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท
เบี้ยประกันภัย คุ้มครองชีวิต	46,100.00	
เบี้ยประกันภัยรวม	46,100.00	บาท
EM+	-	ไม่มี EM ให้ใส่ 0
อัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ คุ้มครองชีวิต	-	
อัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษรวม	-	ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท
เบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ คุ้มครองชีวิต	-	
เบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษรวม	-	บาท
	46,100.00	บาท

อายุ + ความคุ้มครอง	50 ปี
อายุ + ความคุ้มครองไม่เกินอายุ 75 ปี	คุ้มครอง ***



Thai National ID Card

Identification Number X XXXX XXXXX XX X

Name X XXXX XXXX

Last Name X XXXX XXXX

Date of Birth XX XXXX XXXX

religion

Address XX XXXX XXXXX XXXXX

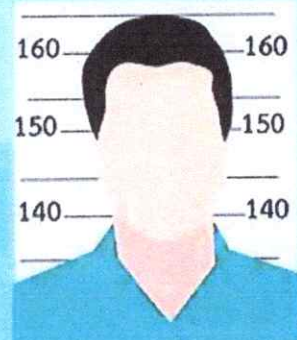
XX XXXX XXXX

XX XXXX XXXX

XX XXX XXXX
Date of Issue

Officer

XX XXXX XXXX
Date of Expiry



XXXX-XX-XXXXXXXX