

โครงการ.....

แผนความคุ้มครอง (Coop)

ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตเลขที่.....

☐ จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

☐ จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

(ข้อมูลพนักงานขาย).....

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
สัญชาติ..... อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) เลขที่..... วันหมดอายุ.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน			
เลขที่	หมู่บ้าน/อาคาร	หมู่ที่	ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	
2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน			
เลขที่	หมู่บ้าน / อาคาร	หมู่ที่	ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	
2.3 ที่อยู่สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน			
ชื่อสถานที่ทำงาน	เลขที่ อาคาร	หมู่ที่	ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	
สถานที่สะดวกในการติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน			
โทรศัพท์มือถือ		อีเมล	
ท่านต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันชีวิต ในรูปแบบ <input type="checkbox"/> แบบกระดาษ <input type="checkbox"/> แบบอิเล็กทรอนิกส์ ตามอีเมลที่ให้ไว้			

3. อาชีพประจำ..... ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท
4. วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ..... บาท ระยะเวลาผ่อนชำระ..... (เดือน/ปี) ค่างวดที่ผ่อนชำระสินเชื่อ..... บาทต่อเดือน
จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย..... (เดือน/ปี) ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย..... (เดือน/ปี)
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายปี ☐ รายเดือน เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท
จำนวนเงินเอาประกันภัยที่อนุมัติอาจต่างจากจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ โปรดตรวจสอบจำนวนเงินเอา
ประกันภัยจากหนังสือรับรองการประกันชีวิต
5. ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระ
ให้กับผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆ กัน
ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง 5.1..... ความสัมพันธ์..... ร้อยละของผลประโยชน์.....
5.2..... ความสัมพันธ์..... ร้อยละของผลประโยชน์.....

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอ กลับคืนเงินสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ถ้า "เคย" โปรดระบุรายละเอียด (บริษัท สาเหตุ เมื่อใด).....	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
7. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วย เครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษา ใดๆ หรือไม่ หาก "เคย" โปรดระบุรายละเอียด (โรค วัน/เดือน/ปีที่ได้รับการตรวจ/รักษา ผลการตรวจ/รักษา สถานพยาบาลที่ตรวจ/ รักษา).....	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคชัก โรคปอด หรือปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่ง พอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับอ่อน อักเสบ โรคไต โรคเอสแอลอี โรคเลือด โรคเบาหวาน เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทาง ร่างกาย โรคจิตเวช โรคระบบประสาท โรคซึมเศร้า หาก "เคย" โปรดระบุรายละเอียด (โรค วัน/เดือน/ปีที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี



9. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ใช้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง หาก "เคยมี หรือ กำลังมี" โปรดระบุรายละเอียด (อาการ วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ อาการปัจจุบัน)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี
10. สำหรับผู้ขอเอาระกัน กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม.....	

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาระกัน

<p>1.การรับรองสถานะ</p> <p>(1) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา</p> <p>(2) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....</p> <p>(3) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>(4) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>2.คำรับรอง</p> <p>(1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA</p> <p>(2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA</p> <p>(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล</p> <p>(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA</p>
--

ผู้ขอเอาระกันจะประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

<p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาระกันเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p>
--

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาระกันชีวิตของผู้ขอเอาระกัน และการให้ความยินยอม

<p>1.ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาระกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>2.ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาระกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้</p> <p>3.ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาระกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>4.ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>5.ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาระกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของตัวของบริษัทที่ปรากฏใน https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html รวมทั้งรับทราบว่าบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย</p>

ตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
7. กรณีข้าพเจ้าได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ข้าพเจ้ารับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ) ผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

คำเตือน

1. หากท่านใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) การคืนค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

(ลงชื่อ) ผู้ขอเอาประกันภัย เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
(.....)

ถ้อยแถลงของพยาน หรือ ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัยว่าถูกต้องเป็นจริง

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นขอเอาประกันภัยชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันภัย/เอกสารเสนอขาย/บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือสัญญาเงินกู้/เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันภัยเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการประกันภัยเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน
จำนวนเบี้ยประกันภัยของการประกันภัยเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
จะ สูงกว่า การประกันภัยเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัย โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย ฉบับนี้
3. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ ขอยกเลิกการประกันภัยหลังจากพ้นระยะเวลาตามข้อ 2. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับค่าเวนคืน (ถ้ามี) ตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ได้ชำระไว้

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันภัยเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์
ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท



แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่



แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม
()

เสนอโดย ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

.....ลงนาม
()

ผู้เอาประกันภัย

วันที่.....เวลา.....น.

หมายเหตุ

* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว



LS-001

เอกสารรับรองตนเองตาม CRS สำหรับบุคคลธรรมดา (CRS self-certification Form for Individuals)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย (Part 1: Insured Information)

ชื่อ-สกุล (Name -Last Name) วันเดือนปีเกิด Date of Birth

เมือง (สถานที่เกิด) City/State of Birthplaceประเทศ (สถานที่เกิด) Country of Birthplace

ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address

☐ ข้าพเจ้าไม่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (ไปส่วนที่ 3) I am not a tax residence of any other country. (If tick, go to Part 3)

☐ ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศไทย (หากมี โปรดระบุข้อมูลในส่วนที่ 2 และ 3)

I am a tax residence of other country(ies) rather than Thailand. (If tick, please provide more information in part 2 and 3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางภาษี (Part 2: Tax Information)

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Tax Residence	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID/TIN	เหตุผลที่ไม่มี Tax ID/TIN (เลือกเหตุผล A,B,C จากรายการด้านล่างตาราง)
1.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Other
2.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Other

หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาเลือกเหตุผลด้านล่างเพื่อระบุในตารางด้านบนสำหรับช่องเหตุผลที่ไม่มี Tax ID/TIN

If no Tax ID/TIN available, please select the following Reason for the a above Table

- เป็นประเทศที่ไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี The country where I am subject to income tax as a resident does not issue TINs.
- ไม่สามารถขอมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก เป็นผู้ถือวีซ่านักเรียนหรือนักศึกษา นักศึกษาฝึกงาน ครูหรือผู้ฝึกงานของสถานศึกษา หรือโปรแกรมแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม I am unable to obtain a TIN or equivalent number due to I am a student, trainee or intern at an educational institution.
- ไม่สามารถขอมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก เป็นหรือเคยเป็นชาวต่างชาติที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทางการทูต I am a foreign individual assigned to a diplomatic post/position in a consulate or embassy in the relevant country.

ส่วนที่ 3 ยืนยัน (Part 3: Declaration) ☐ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า I confirm that

- ข้อความทั้งหมดที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ All statements I made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.
- ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (หรือผู้มีอำนาจลงนาม) ของบัญชีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้ I am the policy holder (or am authorized to sign for the policy holder) of all the account(s) to which this form relates.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ครอบคลุมโดยนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ที่กำหนดวิธีการที่ บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) อาจใช้และแบ่งปันข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ I understand that the information supplied by me is covered by the Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL.'s Privacy Policy setting out how Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. may use and share the information supplied by me.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ และข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า และข้อมูลของบัญชีที่ต้องถูกรายงานใด ๆ อาจถูกแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานด้านภาษีของประเทศอื่น ๆ หรือเขตอำนาจอื่นที่ข้าพเจ้าอาจมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีอยู่ตามข้อตกลงระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีการเงิน I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(s) may be provided to tax authorities of another country(ies)/ jurisdiction(s) in which I may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.
- ข้าพเจ้าจะแจ้งต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ถึงการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสถานะในถิ่นที่อยู่ทางภาษีของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ได้ให้ไว้ไม่ถูกต้อง และข้าพเจ้าจะปรับปรุงการรับรองตนเองให้เหมาะสมและยืนยันต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ภายใน 30 วันของการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ดังกล่าว I will advise Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. of any change in circumstances which affects my tax residency status declared in this form or causes the information contained herein to become incorrect, and to provide Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. with a suitably updated self-certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.

วันที่ Date :

ลายมือชื่อ Signature :

ชื่อ (ตัวบรรจง) Name :

กรณีกลงแทนโปรดระบุ consented by ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

