ฟิลลิปประกันชีวิต PhillipLife

บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ทะเบียนเลขที่ 0107556000671)
849 อาคารวรวัฒน์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ : 0-2022-5000 โทรสาร : 0-2022-5500

Phillip Life Assurance Public Company Limited (Registration 0107556000671)
849 Vorawat Bldg., Silom Rd., Bangrak, Bangkok 10500 Tel.: 0-2022-5000 Fax.: 0-2022-5500 www.philliplife.com

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล (กรณีแถลงสุขภาพ)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริง อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทรับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....
ใบรับรองเลขที่.....วันที่เริ่มมีผลบังคับ.....
ทุนประกันชีวิต.....ทุนประกันอุบัติเหตุ.....
ทุนประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพ แผน.....

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร) สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด
2. ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย .....ชื่อ-นามสกุลเดิม.....
   2.1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง ..... ซ.ม. น้ำหนัก ..... ก.ก.
   2.2. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
   2.3. เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
   เลขที่บัตร ..... วันที่บัตรหมดอายุ ..... สถานที่ออกบัตร.....
   (กรณีใช้บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่น ๆ) โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
   2.4. สัญชาติ .....
3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ โปรดระบุผู้ขอเอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น
   ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ ระบุ ..... ของพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ ชื่อ .....
4. วันที่เข้าทำงาน/เป็นสมาชิก .....ตำแหน่งและลักษณะงาน .....
5. ที่อยู่ของผู้เอาประกันภัย
   5.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
   อำเภอ/เขต..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... อีเมล .....
   5.2 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
   อำเภอ/เขต..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... อีเมล .....
   5.3 ที่อยู่ที่ทำงานเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
   อำเภอ/เขต..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... อีเมล .....
6. ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ ระบุ)
   6.1. สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด .....ความสัมพันธ์ .....
   6.2. .....ความสัมพันธ์ .....
   6.3. .....ความสัมพันธ์ .....
7. กรุณากรอกคำแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัยให้ครบทุกข้อ (กรณีตอบเคย กรุณาระบุโรค, การรักษา, โรงพยาบาลและอาการปัจจุบันให้ชัดเจน)
   7.1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคประสาท โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคมะเร็ง เนื้องอก โรคเบาหวาน โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทางร่างกายหรือไม่
   ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุโรคและอาการปัจจุบัน .....
   .....

7.2. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจชิ้นเนื้อ หรือตรวจวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด .....

.....

7.3. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ในข้อ 7.1 และ ข้อ 7.2 หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด .....

.....

7.4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณารับประกันชีวิต หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยจากบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด .....

<u>การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร</u>

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

<u>การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจและการให้ความยินยอม</u>

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ .....
( )
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ .....
( )
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หนังสือแจ้งความประสงค์

การทำประกันชีวิตกลุ่มและยินยอมให้หักเงินชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

☐ สมัครทำประกันชีวิตกลุ่มใหม่
☐ ปรับเพิ่มทุนประกันวงเงินคุ้มครอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี

☐ สมาชิก ☐ สมาชิกสมทบ เลขที่สมาชิก..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

☐ คู่สมรส ☐ บุตร เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... โดยเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันจากสมาชิก

ชื่อ – สกุล..... เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์สมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม หรือทำประกันชีวิตกลุ่มให้กับคู่สมรส หรือบุตร โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่จ่ายเงิน หักเงินได้รายเดือน เงินค่าตอบแทน เงินค่าจ้าง เงินสะสมสำหรับข้าราชการ เงินบำเหน็จ บำนาญ เงินอื่นใดที่ได้รับจากทางราชการ หรือเงินซึ่งสหกรณ์จะจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า รวมทั้งให้หักเงินฝากที่มีอยู่ในบัญชีซึ่งเปิดไว้กับสหกรณ์ทุกบัญชี เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันค้างชำระที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีขึ้นในอนาคต และภาระผูกพันใดๆ ทุกประเภทที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด ตลอดไปและข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหรือกระทำการใด ๆ เพื่อขัดขวางการให้ความยินยอมหักเงินตามหนังสือฉบับนี้จนกว่าประกันชีวิตจะห มดความคุ้มครอง และจะต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากสหกรณ์ก่อน หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามการที่ให้ความยินยอมนี้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ให้ถือว่าข้าพเจ้ามีพฤติกรรมที่ส่อไปในทางไม่สุจริต โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาดำเนินการทางวินัยแก่ข้าพเจ้าได้ทันที ข้าพเจ้าประสงค์จะทำประกันชีวิตกลุ่มในอัตราเบี้ยประกัน และวงเงินคุ้มครอง ดังนี้

โปรดทำเครื่องหมายเลือกประกันกลุ่ม	อัตราเบี้ยประกัน (บาท)	วงเงินคุ้มครองเสียชีวิตทั่วไป(บาท)	วงเงินคุ้มครองเสียชีวิตอุบัติเหตุ(บาท)	หมายเหตุ
☐	270	500,000	1,000,000	สำหรับ สมาชิก สมาชิกสมทบ คู่สมรส หรือบุตร ของสมาชิก
☐	470	800,000	1,600,000	
☐	540	900,000	1,800,000	สำหรับสมาชิก
☐	600	1,000,000	2,000,000	สำหรับสมาชิก
☐	900	1,500,000	3,000,000	สำหรับสมาชิก
☐	960	1,600,000	3,200,000	เฉพาะสมาชิกที่มีหนี้สามัญทุกประเภทรวมเกินกว่า 1,500,000 ขึ้นไป
☐	1,020	1,700,000	3,400,000	
☐	1,080	1,800,000	3,600,000	
☐	1,140	1,900,000	3,800,000	
☐	1,200	2,000,000	4,000,000	

<u>หมายเหตุ</u> : 1. ประกันชีวิตกลุ่มจะมีผลคุ้มครองเมื่อบริษัทตอบรับการทำประกัน และสหกรณ์เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันจากสมาชิกหรือสมาชิกสมทบ

2. การสมัครทำประกันใหม่หรือเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกัน (เริ่มตั้งแต่วันที่คุ้มครองเพิ่ม) หากผู้สมัครเสียชีวิตก่อน 1 ปี บริษัทอาจปฏิเสธการจ่ายเงินใหม่ทดแทน โดยจะจ่ายเงินสินไหมให้ในอัตราความคุ้มครองเดิมก่อนการปรับเพิ่มเบี้ยใหม่

3. กรณีสมัครทำประกันชีวิตใหม่ทุกรายต้องกรอกแบบฟอร์มใบคำขอ แถลงสุขภาพ และผ่านการพิจารณาทุกราย พร้อมทั้งแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้

<u>เอกสารประกอบ</u>

- ☐ **แบบใบคำขอเอาประกันชีวิต**
- ☐ **สำเนาบัตรประตัวประชาชน**
- ☐ **สำเนาทะเบียนบ้าน (สำหรับสมัครประกันคู่สมรส –บุตร)**
- ☐ **สำเนาทะเบียนสมรส (สำหรับสมัครประกันชีวิตคู่สมรส)**
- ☐ **หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (กรณีสมัครทำประกันใหม่)**

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

ตัวอย่าง (พิมพ์หน้า - หลัง)

ฟิลลิปประกันชีวิต PhillipLife

บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ทะเบียนเลขที่ 0107556000671)
849 อาคารวรวัฒน์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ : 0-2022-5000 โทรสาร : 0-2022-5500

Phillip Life Assurance Public Company Limited (Registration 0107556000671)
849 Vorawat Bldg., Silom Rd., Bangrak, Bangkok 10500 Tel.: 0-2022-5000 Fax.: 0-2022-5500 www.phillipplife.com

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล (กรณีแถลงสุขภาพ)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริง อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทรับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....
ใบรับรองเลขที่.....วันที่เริ่มมีผลบังคับ.....
ทุนประกันชีวิต.....ทุนประกันอุบัติเหตุ.....
ทุนประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพ แผน.....

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร) สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด
2. ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย นายสมหวัง มั่งมี ชื่อ-นามสกุลเดิม -
   2.1. เพศ ☑ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด 1 มกราคม 2507 อายุ 55 ปี ส่วนสูง 170 ซ.ม. น้ำหนัก 82 ก.ก.
   2.2. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☑ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
   2.3. เอกสารที่ใช้แสดง ☑ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
   เลขที่บัตร 1772592714826 วันที่บัตรหมดอายุ 31 ธันวาคม 2569 สถานที่ออกบัตร สำนักงานเขตบางเขน
   (กรณีใช้บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่น ๆ) โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....
   2.4. สัญชาติ ไทย
3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ โปรดระบุผู้ขอเอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น
   ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ ระบุ ..... ของพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ ชื่อ .....
4. วันที่เข้าทำงาน/เป็นสมาชิก 1 มกราคม 2534 ตำแหน่งและลักษณะงาน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
5. ที่อยู่ของผู้เอาประกันภัย
   5.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ 12 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง อนุสาวรีย์
   อำเภอ/เขต บางเขน จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10220 โทรศัพท์ 081-2345678 อีเมล somwhang@gmail.com
   5.2 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 12 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง อนุสาวรีย์
   อำเภอ/เขต บางเขน จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10220 โทรศัพท์ 081-2345678 อีเมล somwhang@gmail.com
   5.3 ที่อยู่ที่ทำงานเลขที่ 61 หมู่ที่ - ตรอก/ซอย - ถนน พหลโยธิน ตำบล/แขวง ลาดยาว
   อำเภอ/เขต จตุจักร จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10900 โทรศัพท์ 02-5614292-3 อีเมล .....
6. ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ ระบุ)
   6.1. สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด ความสัมพันธ์ เจ้าหนี้
   6.2. ..... ความสัมพันธ์ .....
   6.3. ..... ความสัมพันธ์ .....
7. กรุณากรอกคำแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัยให้ครบทุกข้อ (กรณีตอบเคย กรุณาระบุโรค, การรักษา, โรงพยาบาลและอาการปัจจุบันให้ชัดเจน)
   7.1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคประสาท โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคมะเร็งเนื้องอก โรคเบาหวาน โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทางร่างกายหรือไม่
   ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุโรคและอาการปัจจุบัน .....
   .....

กรุณากรอกข้อ 7.1 - 7.4

7.2. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจชิ้นเนื้อ หรือตรวจวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด .....

.....

7.3. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ในข้อ 7.1 และ ข้อ 7.2 หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด .....

.....

7.4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณารับประกันชีวิต หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยจากบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด .....

<u>การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร</u>

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☑ ไม่มีความประสงค์

<u>การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจและการให้ความยินยอม</u>

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงวันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ .....

(นายสมหวัง มั่งมี)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ .....

( )

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)