

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร. 02 650 1400 tokiomarine.com เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

โครงการประกันชีวิตเพื่อค่าประกันสินเชื่อ (แบบชำระเบี้ยครั้งเดียว)

คุณสมบัติของสมาชิกผู้เอาประกันภัย	<ul style="list-style-type: none">อายุ 20 – 65 ปีบริบูรณ์
ระยะเวลาคุ้มครอง	<ul style="list-style-type: none">5 – 30 ปี (ระยะเวลาคุ้มครองเมื่อรวมกับอายุไม่เกิน 70 ปี)
จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำและสูงสุด	<ul style="list-style-type: none">จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 100,000 บาทสูงสุดไม่เกินวงเงินสินเชื่อคงค้างชำระ ณ วันที่สมัครทำประกัน และไม่เกิน 5 ล้านบาทสมาชิกผู้เอาประกันมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดไม่เกิน 1 ล้านบาท
แบบประกันภัย	<ul style="list-style-type: none">ทุนประกันภัยลดลง โดยความคุ้มครองเป็นไปตามกรมธรรม์หลัก
วันเริ่มมีผลคุ้มครอง	<ul style="list-style-type: none">วันที่บริษัทได้รับใบคำขอเอาประกันชีวิตตัวจริงและเอกสารครบถ้วน พร้อมค่าเบี้ยประกันภัยชำระเต็มจำนวน และบริษัทได้พิจารณาอนุมัติรับประกันภัยแล้ว
การสิ้นสุดความคุ้มครอง	<ul style="list-style-type: none">ณ วันที่สมาชิกผู้เอาประกันภัย สิ้นสุดภาระผูกพันตามสัญญากู้เงินที่ได้เอาประกันภัยไว้ และแจ้งขอยกเลิกกรมธรรม์ที่ทำไว้กับบริษัท บริษัทจะจ่ายค่าเวนคืนตามตารางเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์หากสมาชิกผู้เอาประกันภัย สิ้นสุดภาระผูกพันตามสัญญากู้เงินแล้ว แต่ไม่แจ้งขอยกเลิกกรมธรรม์ ความคุ้มครองจะสิ้นสุดในวันครบกำหนดสัญญาตามที่ระบุในหนังสือรับรองการประกันภัย (ไม่มีการคืนเงินค่าเวนคืนกรณีมีหนี้สินคงเหลือ)เมื่อบริษัทฯ ได้خذใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่สหกรณ์ หรือสมาชิกผู้เอาประกันภัยครบถ้วนแล้ว
การจ่ายผลประโยชน์	<ul style="list-style-type: none">บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง ณ เดือนที่เสียชีวิตให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือจะจ่ายเงินส่วนที่เหลือให้แก่ผู้รับประโยชน์รองที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิต



แบบประกันและความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	ผลประโยชน์
<p>เสียชีวิต (Death) จากเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ หรือ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (Total and Permanent Disability - TPD) จากเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ไม่สามารถประกอบกรงานใดๆได้โดยสิ้นเชิง และเป็นต่อเนื่องไม่น้อยกว่า180 วัน หรือ สูญเสียมือทั้ง 2 ข้าง ตั้งแต่ข้อมือหรือเท้าทั้ง 2 ข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาทั้ง 2 ข้าง โดยไม่มีทางรักษาหายได้ตลอดไป หรือ สูญเสียมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือและเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือและสายตาหนึ่งข้าง หรือเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้าและสายตาหนึ่งข้าง โดยจะแบ่งจ่ายเป็น 2 งวดของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงดังนี้ <p>งวดที่ 1 บริษัทจะจ่าย 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง ณ เดือนที่ความทุพพลภาพได้เริ่มเกิดขึ้นตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และความทุพพลภาพนั้นยังคงต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 180 วัน</p> <p>งวดที่ 2 บริษัทจะจ่ายอีก 50% ที่เหลือของผลประโยชน์งวดที่ 1 หากสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังคงทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงต่อเนื่องอีก ไม่น้อยกว่า 180 วัน นับจากวันครบกำหนดในงวดที่ 1</p>	<p>บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง ให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์อันดับที่ 1 คือ “สภกรรโอมทรัพย์ศาลยุติธรรม จำกัด” ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์หลักตามกรมธรรม์นี้ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ</p> <p>และหากมีผลประโยชน์เหลือจะจ่ายให้แก่ <u>ผู้รับประโยชน์รองซึ่งระบุไว้ใน</u> <u>ใบคำขอเอาประกันภัย</u></p>

เงื่อนไขสำคัญ

1. กรณีที่บริษัทไม่คุ้มครอง / ภัยนอกเหนือความคุ้มครอง

- 1.1 กรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทจะบอกล้างสัญญาภายใน 1 ปี นับจากวันทำสัญญา
- 1.2 ฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี นับแต่วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง
- 1.3 ข้อยกเว้นการจ่ายผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง บริษัทจะไม่คุ้มครองการสูญเสียหรือทุพพลภาพใดๆ ที่เกิดขึ้นโดยตรงหรือทางอ้อม ทั้งหมดหรือแต่บางส่วนหรือสืบเนื่องจากสาเหตุหรือเกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้
 - 1.3.1 การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง

- 1.3.2 การบาดเจ็บขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุมหรือหลบหนีการจับกุม
- 1.3.3 สงครามไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมืองการปฏิวัติ การกบฏ การจลาจล การก่อการร้าย
- 1.3.4 การบาดเจ็บขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้น หรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการ โดยสายการบินพาณิชย์
- 1.3.5 ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยขับขีหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
- 1.3.6 ขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรือ อาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม
- 1.3.7 ความบกพร่องทางร่างกาย การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยทราบอยู่แล้วในขณะที่สัญญาประกันภัยเริ่มมีผลบังคับ แต่มิได้แจ้งให้ บริษัททราบ เว้นแต่สมาชิกผู้นั้นได้เอาประกันภัยตามสัญญามาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
- 1.3.8 การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการกระทำของสมาชิกผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้

*คำว่า “ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

2. การสิ้นสุดการประกันภัยของสมาชิกผู้เอาประกันภัย เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งดังต่อไปนี้
 - 2.1 วันสิ้นปีกรมธรรม์ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 70 ปี
 - 2.2 ถึงวันครบกำหนดสัญญาที่ระบุในหนังสือรับรองการประกันภัยที่ออกให้กับสมาชิกผู้เอาประกันภัยแต่ละราย
 - 2.3 เมื่อบริษัทได้จ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยของกรมธรรม์นี้ทั้งหมดแล้ว
 - 2.4 วันที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยแจ้งยกเลิกการประกันภัยของตนเองตามหนังสือรับรองการประกันภัย
 - 2.5 วันที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนดไว้ในตารางกรมธรรม์การยกเลิกตามข้อ 2.4 และ 2.5 บริษัทจะคืนเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันภัย
3. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ผู้รับประโยชน์ต้องแจ้งให้บริษัททราบภายใน 14 วันนับแต่วันที่เสียชีวิต
4. การจ่ายค่าสินไหมทดแทน บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์หลัก ในที่นี้คือ สหกรณ์ หลังจากที่ได้รับเอกสารเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทนพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องครบถ้วนสมบูรณ์ โดยบริษัทจะตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ อายุ น้ำหนัก และส่วนสูงของสมาชิกผู้เอาประกันภัย หากพบว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือ แกล้งเท็จในข้อมูล ที่เป็นสาระสำคัญต่อการพิจารณารับประกันภัย บริษัทสามารถปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน ได้ภายในระยะเวลา 1 ปีของกรมธรรม์
5. สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ สมาชิกผู้เอาประกันภัยสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ ในกรณีชำระหนี้ได้หมดก่อนกำหนดเวลาที่ทำสัญญาไว้โดยต้องมีเอกสารยืนยันจากสหกรณ์ แนบมากับเอกสารขอเวนคืนกรมธรรม์

หมายเหตุ : เอกสารนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น โปรดศึกษารายละเอียดในกรมธรรม์

ผู้ประสานโครงการ : คุณปิยธิดา ใจใสสุข
โทรศัพท์ 081-7421116

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร. 02 650 1400 tokiomarine.com เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103



TOKIOMARINE
INSURANCE GROUP

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
โครงการประกันชีวิตเพื่อค่าประกันสินเชื่อ สหกรณ์ออมทรัพย์ศาลยุติธรรม จำกัด (แบบทุนลดลง)
ตารางแสดงอัตราเบี้ยประกันภัยชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 100,000 บาท
(คุ้มครองชีวิตและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง)

เพศชาย						
อายุ (ปี)	ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี)					
	5	10	15	20	25	30
20	563	1,095	1,717	2,424	3,258	4,269
21	578	1,118	1,756	2,491	3,367	4,436
22	590	1,137	1,794	2,561	3,482	4,616
23	599	1,156	1,834	2,636	3,607	4,813
24	607	1,175	1,879	2,719	3,745	5,029
25	615	1,197	1,930	2,812	3,899	5,266
26	622	1,222	1,988	2,917	4,071	5,528
27	632	1,255	2,056	3,037	4,264	5,820
28	645	1,294	2,135	3,172	4,479	6,141
29	663	1,340	2,226	3,325	4,718	6,496
30	685	1,396	2,329	3,497	4,982	6,885
31	712	1,459	2,445	3,686	5,273	7,313
32	744	1,529	2,572	3,896	5,591	7,780
33	779	1,607	2,713	4,124	5,938	8,291
34	818	1,692	2,867	4,375	6,316	8,849
35	860	1,784	3,035	4,647	6,728	9,458
36	906	1,885	3,219	4,943	7,176	10,124
37	955	1,995	3,420	5,265	7,664	10,852
38	1,010	2,115	3,638	5,615	8,197	11,648
39	1,068	2,247	3,877	5,996	8,780	12,519
40	1,132	2,391	4,137	6,412	9,416	13,473
41	1,203	2,549	4,421	6,865	10,115	
42	1,281	2,723	4,731	7,361	10,880	
43	1,368	2,915	5,068	7,903	11,719	
44	1,463	3,123	5,436	8,497	12,640	
45	1,567	3,350	5,835	9,148	13,648	
46	1,682	3,596	6,272	9,861		
47	1,807	3,862	6,748	10,643		
48	1,942	4,151	7,269	11,502		
49	2,088	4,464	7,840	12,447		
50	2,245	4,805	8,468	13,485		
51	2,414	5,179	9,160			
52	2,598	5,590	9,925			
53	2,799	6,045	10,775			
54	3,021	6,553	11,717			
55	3,268	7,120	12,766			
56	3,546	7,755				
57	3,859	8,467				
58	4,212	9,265				
59	4,611	10,158				
60	5,061	11,157				
61	5,567					
62	6,135					
63	6,774					
64	7,489					
65	8,292					

เพศหญิง						
อายุ (ปี)	ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี)					
	5	10	15	20	25	30
20	183	360	573	819	1,123	1,517
21	188	369	588	846	1,170	1,593
22	193	378	604	876	1,221	1,676
23	197	388	622	908	1,278	1,767
24	202	397	641	944	1,341	1,869
25	207	407	662	985	1,411	1,981
26	212	418	687	1,032	1,490	2,107
27	216	431	714	1,084	1,578	2,247
28	222	445	746	1,143	1,675	2,404
29	228	462	783	1,210	1,786	2,579
30	235	483	826	1,286	1,908	2,774
31	244	506	875	1,371	2,045	2,994
32	255	534	931	1,466	2,199	3,238
33	267	566	994	1,573	2,370	3,511
34	282	603	1,064	1,691	2,561	3,817
35	300	645	1,144	1,822	2,774	4,157
36	320	693	1,232	1,969	3,011	4,537
37	343	746	1,329	2,130	3,273	4,962
38	369	805	1,435	2,309	3,566	5,437
39	399	870	1,552	2,507	3,891	5,970
40	430	940	1,680	2,725	4,253	6,568
41	466	1,017	1,822	2,968	4,656	
42	504	1,101	1,977	3,237	5,107	
43	546	1,192	2,148	3,536	5,611	
44	590	1,290	2,338	3,869	6,177	
45	638	1,399	2,548	4,241	6,814	
46	691	1,520	2,784	4,656		
47	748	1,653	3,046	5,124		
48	811	1,804	3,341	5,652		
49	881	1,972	3,673	6,248		
50	961	2,163	4,047	6,926		
51	1,051	2,378	4,469			
52	1,153	2,622	4,948			
53	1,270	2,898	5,489			
54	1,403	3,208	6,106			
55	1,552	3,558	6,806			
56	1,720	3,954				
57	1,909	4,402				
58	2,122	4,912				
59	2,361	5,495				
60	2,634	6,165				
61	2,946					
62	3,306					
63	3,724					
64	4,213					
65	4,786					

โครงการ แผนความคุ้มครอง (Coop)
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
 (ข้อมูลพนักงานขาย).....

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย **นายโตเกียว มารีน** เพศ ชาย หญิง
 สัญชาติ **ไทย** อายุ **33** ปี เกิดวันที่ **21** เดือน **สิงหาคม** พ.ศ. **2532** ส่วนสูง **173** ซม. น้ำหนัก **65** กก.
 บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) เลขที่..... วันหมดอายุ.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ 143	หมู่บ้าน/อาคาร	หมู่ที่ 2 ตรอก/ซอย บางแวก89
ถนน บางแวก	แขวง/ตำบล บางไผ่	เขต/อำเภอ บางแค
จังหวัด กทม.	รหัสไปรษณีย์ 10160	โทรศัพท์

2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (กรณีไม่ใช่ที่อยู่เดียวกัน ให้ระบุที่อยู่ปัจจุบันเพิ่มเติม)

เลขที่	หมู่บ้าน / อาคาร	หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์

2.3 ที่อยู่สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่ใช่ที่อยู่เดียวกัน ให้ระบุที่อยู่ปัจจุบันเพิ่มเติม)

ชื่อสถานที่ทำงาน ร.ร.บางไผ่	เลขที่ 486 อาคาร	หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน บางแวก	แขวง/ตำบล บางไผ่	เขต/อำเภอ บางแค
จังหวัด กทม.	รหัสไปรษณีย์ 10160	โทรศัพท์

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน
 โทรศัพท์มือถือ **0961481234** อีเมล

3. อาชีพประจำ.....ครู.....ลักษณะงานที่ทำ.....การיסสอน.....ลักษณะธุรกิจ.....การศึกษารายได้ต่อปี **300,000** บาท
 4. วงเงินสินเชื่ออนุมัติ **1,000,000** บาท ระยะเวลาผ่อนชำระ **30** (เดือน/ปี) ค่ามัดจำผ่อนชำระสินเชื่อ.....บาทต่อเดือน
 จำนวนเงินเอาประกันภัย **500,000** บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย **10** (เดือน/ปี) ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....(เดือน/ปี)
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว รายปี รายเดือน เบี้ยประกันภัยรวม.....**3,330** บาท

5. ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระ
 ให้กับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามีได้ระบุนส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆ กัน
 ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง 5.1.....นางไอโอะ มารีน.....ความสัมพันธ์.....มารดา.....ร้อยละของผลประโยชน์.....100.....
 5.2.....ระบุได้มากกว่า 1 ท่าน แต่ไม่ต้องระบุชื่อสหกรณ์.....ความสัมพันธ์.....ร้อยละของผลประโยชน์.....

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอ กลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ถ้า “เคย” โปรดระบุรายละเอียด (บริษัท สาเหตุ เมื่อใด).....	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
7. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วย เครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษ ใด ๆ หรือไม่ หาก “เคย” โปรดระบุรายละเอียด (โรค วัน/เดือน/ปีที่ได้รับการตรวจ/รักษา ผลการตรวจ/รักษา สถานพยาบาลที่ตรวจ/ รักษา)	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคชัก โรคปอด หรือปอดอักเสบ โรควัณโรค 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/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี

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

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศไทยหรืออเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

(1) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ ถือสัญชาติอเมริกัน
 เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

(2) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

(3) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี

(4) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพินหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ไซ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ เลือกได้ตามความประสงค์

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่ง ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

2. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

3. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ไซ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ภัย

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อกรพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ไซ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกัน ภัย

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

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน 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 ข้าพเจ้ารับรองว่าบุคคลนั้นได้อนุญาตให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ) นายโตเกียรติว มารีน ผู้ขอเอาประกันภัย
(..... นายโตเกียรติว มารีน)

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) นายโตเกียรติว มารีน ผู้ขอเอาประกันภัย เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์.....วันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
(..... นายโตเกียรติว มารีน)

ถ้อยแถลงของพยาน หรือ ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัยว่าถูกต้องเป็นจริง

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865