

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน  
ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....ได้มีสัญญาเงินกู้ไว้กับ.....สัญญาเงินกู้เลขที่.....ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี  
ยอดเงินขอู้ / ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ  
ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท งวดชำระเบี้ยชำระครั้งเดียว จำนวนเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ.....บาท  
สัญญาเพิ่มเติมการประกันชีวิตกลุ่ม จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี) จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)  
ชื่อแบบ..... งวดชำระเบี้ย ชำระครั้งเดียว  
ชื่อแบบ..... งวดชำระเบี้ย ชำระครั้งเดียว  
จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม.....บาท งวดชำระเบี้ย ชำระครั้งเดียว

**ส่วนที่ 1** คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ข้าพเจ้า  นาย  นาง  น.ส. .... เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ.....อาชีพ..... ตำแหน่ง.....  
อายุ.....ปี เกิดวันที่  เดือน  พ.ศ.  สถานะ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า ชื่อคู่สมรส.....  
เอกสารที่นำมาแสดง  บัตรประชาชน /ข้าราชการ  ใบสำคัญต่างด้าว  พาสปอร์ตเลขที่.....  
ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... ณ อำเภอ / เขต ..... จังหวัด.....
- ก) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
ข) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
ค) ชื่อสถานที่ทำงาน.....ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....  
สถานที่ติดต่อ  ตามที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อื่น ๆ.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นลูกหนี้เงินกู้ของ.....ในฐานะเจ้าหนี้ ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้เจ้าหนี้เป็นผู้รับประโยชน์อันดับแรก  
เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ดังนี้ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	ที่อยู่

- ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่  เท่าเดิม  เพิ่ม.....กก.  ลด.....กก.  
สาเหตุ.....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยคืนผู้สถานะเดิมหรือการขอต่ออายุ  
ของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)  
บริษัท.....สาเหตุ.....
- ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ / ไม่เคย  เสพ / เคยเสพ  
ถ้าเสพ, เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี  เลิกเสพเมื่อ.....
- ท่านดื่ม หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม / ไม่เคย  ดื่ม / เคยดื่ม  
ถ้าดื่ม, เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี  เลิกดื่มเมื่อ.....
- ท่านสูบ หรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบ / ไม่เคย  สูบ / เคยสูบ  
ถ้าสูบ, เคยสูบ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี  เลิกสูบเมื่อ.....

**ส่วนที่ 2** คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง, โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต, โรคปอดหรือปอดอักเสบ, โรคหัวใจ, โรคหอบหืด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด, โรคแผลในทางเดินอาหาร, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคความดันโลหิตสูง, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์, โรคเลือด, โรคต่อมไทรอยด์, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ, โรคมะเร็ง, โรคเบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง, โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง  
โรคจิตหรือพิการทางร่างกาย หรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)  
โรคที่เป็น.....วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์).....  
การรักษาและอาการปัจจุบัน.....สถานพยาบาลที่รักษา(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ).....

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ  
กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง

ตามที่ข้าพเจ้าได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ใบคำขอเอาประกันชีวิต เลขที่.....  
กับบริษัท ..... จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอา  
ประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่า มีรูปแบบ  
ของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

- ✦ คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- ✦ คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน  
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะ สูงกว่า  
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) ภายใน 15 วัน หลังจากได้รับ  
กรมธรรม์/หนังสือรับรอง โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยคืนหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและ  
ค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท
3. หากผู้เอาประกันภัยยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยหลังจากพ้นระยะเวลา Free Look Period 15 วัน  
ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเป็นเงินเวนคืนตามตารางในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวน  
เงินเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเภทการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครอง  
สินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่  แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม

.....ลงนาม

( )

( )

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้ขอเอาประกันประกันชีวิต

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

- ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)  
 ตรวจอะไร.....เมื่อใด.....สถานที่ตรวจ.....ผลการตรวจ.....ข้อสังเกตโดยแพทย์.....
- ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น  
 ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)  
 อากาศ.....วัน/เดือน/ปีที่รับการปรึกษา.....สถานพยาบาล.....ผลการรักษา.....

**ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)**

11. การรับรองสถานะ

- ก) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  ไม่มี  มี ถ้ามี โปรดระบุ  
 ถือสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่  
 ไม่เป็น  เป็น  เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่  ไม่มี  มี
- ง) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  ไม่มี  มี

12. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่ามี บริษัท อาคนธ์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก) การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA  
 ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด  
 ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้าหากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข) ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันตอบบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายและการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

**ส่วนที่ 4 การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับภรรยาของเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้หน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....
- ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**

- ก) ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข) ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ง) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 ผู้ขอเอาประกันภัย