

1 ข้อมูลส่วนตัว									
	ผู้ขอ		ผู้รวม/ผู้ค้ำประกัน						
คำนำหน้า	<input type="radio"/> นาย	<input type="radio"/> นาง	<input type="radio"/> นางสาว	<input type="radio"/> นาย	<input type="radio"/> นาง	<input type="radio"/> นางสาว	<input type="radio"/> บจก	<input type="radio"/> หจก.	<input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
ชื่อ-นามสกุล ตามบัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง/หนังสือรับรอง	.....		.....						
วัน/เดือน/ปี (เกิด/จดทะเบียน)	□□/□□/พ.ศ. □□□□		□□/□□/พ.ศ. □□□□						
อายุ-สัญชาติ	อายุ.....ปี สัญชาติ.....		อายุ.....ปี สัญชาติ.....						
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือ เดินทาง/หนังสือรับรอง	□□□□□□□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□□□□□□□						
วันที่ออกบัตร/หนังสือรับรอง	□□/□□/พ.ศ. □□□□		□□/□□/พ.ศ. □□□□						
วันที่บัตรหมดอายุ	□□/□□/พ.ศ. □□□□		□□/□□/พ.ศ. □□□□						
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ หนังสือรับรอง	เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....		เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....						
ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่อยู่ติดต่อ <input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ หนังสือรับรอง	เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....		เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....						
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน / มือถือ)	/		/						
E-mail / Line ID	/		/						
Facebook / Instagram / Twitter	/ /		/ /						
ระดับการศึกษาสูงสุด	<input type="radio"/> ประถม <input type="radio"/> ม.ต้น <input type="radio"/> ม.ปลาย <input type="radio"/> ปวช. <input type="radio"/> ปวส. <input type="radio"/> ป.ตรี <input type="radio"/> ป.โท <input type="radio"/> ป.เอก <input type="radio"/> อื่น ๆ.....		<input type="radio"/> ประถม <input type="radio"/> ม.ต้น <input type="radio"/> ม.ปลาย <input type="radio"/> ปวช. <input type="radio"/> ปวส. <input type="radio"/> ป.ตรี <input type="radio"/> ป.โท <input type="radio"/> ป.เอก <input type="radio"/> อื่น ๆ.....						
กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม	ชื่อ-นามสกุล	%ถือหุ้น	ชื่อ-นามสกุล	%ถือหุ้น					
สถานที่จัดส่งเอกสาร	<input type="radio"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="radio"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> ที่ทำงาน <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....								
2 ข้อมูลสถานภาพการสมรสและข้อมูลบุตร									
สถานภาพการสมรส	<input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรสจดทะเบียน <input type="radio"/> สมรสไม่จดทะเบียน <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย		<input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรสจดทะเบียน <input type="radio"/> สมรสไม่จดทะเบียน <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย						
ข้อมูลรายละเอียดคู่สมรส									
ชื่อ-นามสกุล ตามบัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	.....		.....						
วัน/เดือน/ปีเกิด	□□/□□/พ.ศ. □□□□		□□/□□/พ.ศ. □□□□						
อายุ-สัญชาติ	อายุ.....ปี สัญชาติ.....		อายุ.....ปี สัญชาติ.....						

เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	□□□□□□□□□□□□□□			□□□□□□□□□□□□□□		
วันที่บัตรหมดอายุ	□□/□□/พ.ศ. □□□□□□			□□/□□/พ.ศ. □□□□□□		
สถานที่ทำงาน	เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....			เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....		
ตำแหน่ง						
โทรศัพท์บ้าน/มือถือ						
รายได้कुสมรส	บาท/ปี			บาท/ปี		
จำนวนบุตร/ธิดา	คน			คน		
<b>บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉินหรือบุคคลอ้างอิง</b>						
ชื่อ-นามสกุล.....ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....						
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....						
<b>③ ข้อมูลการทำงาน/การประกอบธุรกิจ</b>						
แหล่งที่มาของเงิน ที่นำมาชำระคืนเงินกู้	<input type="radio"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="radio"/> เงินเดือน/ค่าจ้าง <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ).....			<input type="radio"/> ธุรกิจส่วนตัว <input type="radio"/> เงินเดือน/ค่าจ้าง <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ).....		
ชื่อสถานที่ทำงาน/ประกอบการ						
ประเภทอาชีพ/ธุรกิจ						
ตำแหน่ง						
อายุงาน/ระยะเวลาประกอบการ	ปี			ปี		
สถานที่ตั้ง	เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....			เลขที่.....ห้อง.....ชั้น..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....		
โทรศัพท์บ้าน/มือถือ						
<b>รายได้กรณีพนักงานประจำ</b>						
เงินเดือนประจำ/โบนัส/อื่น ๆ	บาท/ปี			บาท/ปี		
<b>รายได้กรณีผู้ประกอบการ</b>						
ยอดขายจากธุรกิจ	บาท/ปี			บาท/ปี		
กำไรสุทธิ	บาท/ปี			บาท/ปี		
ยอดขายจากธุรกิจหมุนเวียนผ่าน บัญชีธนาคาร	ธนาคาร	เลขที่บัญชี	ยอดคงเหลือ (ลบ.) ณ.....	ธนาคาร	เลขที่บัญชี	ยอดคงเหลือ (ลบ.) ณ.....
ลูกหนี้การค้ารายใหญ่	ชื่อลูกหนี้การค้า		ขาย/เดือน (ลบ.)	ชื่อลูกหนี้การค้า		ขาย/เดือน (ลบ.)
	1.			1.		
	2.			2.		
3.			3.			

เจ้าหน้าที่การค้ารายใหญ่	ชื่อเจ้าหน้าที่การค้า	ชื่อ/เดือน (ลป.)	ชื่อเจ้าหน้าที่การค้า	ชื่อ/เดือน (ลป.)
	1.		1.	
	2.		2.	
	3.		3.	

<b>4 ข้อมูลหลักประกัน</b>	
ประเภทหลักประกัน	<input type="radio"/> อาคารพาณิชย์.....ชั้น.....คูหา <input type="radio"/> บ้านเดี่ยว.....ชั้น.....หลัง <input type="radio"/> บ้านแฝด.....ชั้น.....หลัง <input type="radio"/> ทาวน์เฮ้าส์.....ชั้น.....หลัง <input type="radio"/> คอนโดมิเนียม.....ยูนิต <input type="radio"/> ที่ดินเปล่า <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
สถานที่ตั้งหลักประกัน	<input type="radio"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="radio"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> ที่ทำงาน/สถานประกอบการ <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อโครงการหมู่บ้าน/คอนโดมิเนียม.....เนื้อที่.....ไร่.....งาน.....ตร.ว./ตร.ม. อาคารเลขที่.....ห้ องเลขที่.....ชั้น.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
เอกสารสิทธิที่ดิน	<input type="radio"/> โฉนด <input type="radio"/> นส.3 ก. เลขที่.....
ผู้ถือ/จะถือกรรมสิทธิ์ที่ดิน	<input type="radio"/> ผู้กู้หลัก <input type="radio"/> ผู้ขอกู้ร่วม <input type="radio"/> ผู้ค้ำประกัน <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ) ชื่อ-นามสกุล.....
เอกสารสิทธิสิ่งปลูกสร้าง	<input type="radio"/> ใบอนุญาตก่อสร้างเลขที่..... <input type="radio"/> ใบขอเลขที่บ้านเลขที่..... <input type="radio"/> สัญญาซื้อ-ขาย ลว..... <input type="radio"/> อื่น (ระบุ).....
ผู้ถือ/จะถือกรรมสิทธิ์สิ่งปลูกสร้าง	<input type="radio"/> ผู้กู้หลัก <input type="radio"/> ผู้ขอกู้ร่วม <input type="radio"/> ผู้ค้ำประกัน <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ) ชื่อ-นามสกุล.....
ภาวะผูกพัน	<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ระบุ).....

<b>5 ข้อมูลสินเชื่อที่ต้องการ</b>	
ประเภทผลิตภัณฑ์สินเชื่อที่ต้องการ <input type="radio"/> สินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัย <input type="radio"/> สินเชื่อขายฝาก(เพื่อธุรกิจ) Product Code : .....(สำหรับเจ้าหน้าที่)	
วงเงิน.....บาท	ระยะเวลาการกู้.....ปี Balloon payment <input type="radio"/> 10% <input type="radio"/> 20% <input type="radio"/> 30% <input type="radio"/> 40% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> อื่น (ระบุ ไม่เกิน 50%).....% ยอดผ่อนที่คาดว่าจะผ่อนได้.....บาท/เดือน หมายเหตุ : บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการปรับยอดผ่อนชำระตามความเหมาะสมและตามนโยบายของบริษัท
วัตถุประสงค์การขอสินเชื่อ	<input type="radio"/> หมุนเวียนในธุรกิจ <input type="radio"/> ซื้อทรัพย์สินหลักประกัน <input type="radio"/> ก่อสร้างสถานประกอบการ/ที่อยู่อาศัยบนทรัพย์สินหลักประกัน <input type="radio"/> รีไฟแนนซ์จาก (ระบุ)..... <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
รู้จักบริษัทจาก	<input type="radio"/> หนังสือพิมพ์ <input type="radio"/> อินเทอร์เน็ต <input type="radio"/> เพื่อน <input type="radio"/> ญาติ <input type="radio"/> จดหมาย <input type="radio"/> นายหน้า <input type="radio"/> พนักงานขายโครงการ <input type="radio"/> อื่น ๆ (ระบุ) .....

ข้าพเจ้าขอเลือกรับของสมมนาคุณตามที่บริษัทกำหนด(เลือกเพียงข้อเดียว) Promtion Code : .....(สำหรับเจ้าหน้าที่)  
 ทางเลือก 1  ทางเลือก 2  ทางเลือก 3

หมายเหตุ : บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับของสมมนาคุณโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

ในการที่ข้าพเจ้าขอสินเชื่อจากบริษัทนั้น ข้าพเจ้ายอมปฏิบัติตามระเบียบและข้อบังคับของบริษัททุกประการและยินยอมชำระดอกเบี้ย ค่าธรรมเนียม ค่าอากรแสตมป์ ค่าประกันภัยสิ่งปลูกสร้าง และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (ถ้ามี) ตามระเบียบของบริษัทประกาศกำหนด ขึ้นทั้งที่มีอยู่แล้วในขณะนี้ และ/หรือที่จะมีต่อไปในภายหน้า และรับทราบทั้งเงื่อนไขและข้อกำหนดของสินเชื่อ โดยข้าพเจ้าตกลง ยินยอมรับผิดชอบชำระหนี้ที่เกิดขึ้นตามใบคำขอสินเชื่อนี้ให้แก่บริษัท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความในใบคำขอสินเชื่อนี้โดยตลอดแล้วเห็นว่าเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ขอกู้ (.....) วันที่.....	ลงชื่อ.....ผู้กู้ร่วม (.....) วันที่.....	ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน (.....) วันที่.....
---	---	---

สำหรับเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่สินเชื่อ.....แผนก.....
ผู้แนะนำลูกค้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อ-นามสกุล.....Agent ID.....

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
 สมาชิกผู้ขอเอาประกันต้องตอบคำถามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินคืนค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิต  
 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบ.....	ประเภทความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> บุคคลทั่วไป <input type="checkbox"/> สินเชื่อ
Application for Group Insurance.....	Type of Coverage <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Credit Life
กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....	ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
Group Insurance Number .....	Application Number.....

**ส่วนที่ 1: คำถามเกี่ยวกับข้อมูลและรายละเอียดการขอเอาประกันภัยของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย**

**Part 1: Questions for the Applying Member**

1. สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

For the Applying Member

นาย  นาง  นางสาว .....นามสกุล.....สกุลเดิม.....  
 Mr. Mrs. Ms. Surname Maiden Name

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....  
 Date of Birth Month Year Age Sex M F Nationality Origin

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  อื่นๆ.....  
 Marital Status Single Married Divorce Windowed Personal Identification ID Card Others

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างชาติ.....

ID Card /Passport No. (for foreigner)

สถานที่ออกบัตร.....ลงวันที่.....วันหมดอายุ.....  
 Issue at Date Expiry Date

ที่อยู่ปัจจุบัน.....รหัสไปรษณีย์.....  
 Present Address Postal code

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....อีเมล.....  
 Tel. Fax. Mobile Phone Email

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....รหัสไปรษณีย์.....  
 Permanent Address Postal code

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....อีเมล.....  
 Tel. Fax. Mobile Phone Email

สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....  
 Place of work Building

เลขที่.....หมู่ที่.....ชั้น.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 No. Moo Floor Soi Road Sub district

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
 District Province Postal code Tel. Fax.

สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  สถานที่ทำงาน  
 Convenient address to contact Present Address Permanent Address Place of work

อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....  
 Main occupation Position Nature of duty

รายได้ประจำต่อปี.....บาท รายได้อื่นๆ ต่อปี.....บาท  
 Annual income Baht Other income/year Baht

แหล่งที่มาของรายได้ (นอกเหนือจากอาชีพหลัก).....จากประเทศ.....  
 Other sources of income (apart from the main occupation) From which country

2. ยอดเงินกู้.....บาท ระยะเวลากู้..... ผู้ร่วมกู้  ไม่มี  มี  
 Loan amount Baht Loan period Co-loaner None Yes

3. แบบประกัน.....ยอดเงินที่ขอเอาประกัน.....บาท ระยะเวลาที่ขอเอาประกัน.....ปี  
 Type of Insurance Sum Assured Baht Period of Coverage Year

จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท  ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว (  เงินสด  กู้เพิ่ม )  
 Premiums Baht Paid one time(Single) Cash Addition Loan

ชำระเบี้ยประกันภัยรายงวด (  รายปี  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  รายเดือน )  
 Mode of payment Annually Semi-annually Quarterly Monthly

สัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการ ความคุ้มครอง (บาท)  
 Other Supplementary Contracts (if required) Coverage Amount (Bt.)

.....  
 .....

4. ผู้รับประโยชน์ (กรณีคุ้มครองสินเชื่อและต้องการให้สถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ โปรดระบุชื่อสถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ลำดับที่ 1)

Beneficiaries (For Credit Life, if you wish that the financial institution be the beneficiary, please specify its name as the first beneficiary)

ลำดับที่ Ranking	ชื่อ – นามสกุล / สถาบันทางการเงิน Name-Surname / Financial Institution	อายุ (ปี) Age	ความสัมพันธ์ Relationship	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ ID Card / Documents issued to governmental.	ร้อยละของผลประโยชน์ Benefit (in percentage)

ส่วนที่ 2: คำแถลงสุขภาพ

Part 2 : Health Declaration

5. แถลงสุขภาพโดยบุคคลของสมาชิกผู้ขอประกันภัย

Health declaration by Individuals of Applying Member

5.1 น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

Weight (kg.) Height (cm.) Has your weight changed in the past 6 months?

ไม่เปลี่ยนแปลง  เพิ่มขึ้น.....กก.  ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

No change Increased (kg.) Reduced (kg.) Reason for the weight change

5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธ การรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือ การขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย No  เคย Yes

When applying for an insurance or while applying to reinstate or renew the insurance policy from this company or other insurers, have you been declined insurance, deferred acceptance, given an increased premium rate or amended the coverage condition?

ถ้าเคย โปรดระบุบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....

If yes, please specify the insurance company Reason(S) When

5.3 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  ไม่เคย  เคย

Have you been diagnosed, treated or kept under surveillance by physician(s) for the following illness? No Yes

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

If yes, please mark in the box and specify the illness and the treatments as given below (you may answer more than 1 item)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ<br>Heart Disease | <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ<br>Lung disease or Lung infection | <input type="checkbox"/> โรคตับ<br>Liver-related                          | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง<br>AIDS or Immunity Deficiency |
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน<br>Diabetes    | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง<br>Hypertension                    | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง<br>Cancer                              | <input type="checkbox"/> วัณโรค<br>Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> โรคไต<br>Kidney-related   | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง<br>Stroke                          | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร<br>Ulcers in the oesophagus | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง<br>Alcoholism                              |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> โรคประสาท<br>Dementia   |

กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา.....ชื่อของแพทย์ (หากระบุได้โปรดระบุ).....

If afflicted with any of the above, please specify date/month/year of treatment Physician's name (if applicable)

สถานพยาบาลที่รักษา.....อาการในปัจจุบัน.....

Place of treatment Present condition (of illness)

5.4 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

In the past 5 years, you have

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วย

Undergone medical check-up, had a biopsy or had medical diagnosis such as X-rays, EKG, blood tests or any other tests using special equipment?

เครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร.....เมื่อใด.....

No Yes. Please specify what type of test when

สถานที่ตรวจ.....ผลการตรวจ.....ข้อสังเกตโดยแพทย์.....

Place of test Result of test Physician's observation

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

Have you ever received injuries, illnesses, surgeries, consulted physicians or been recommended by physicians on health issue or been

Hospitalized for any causes that are not mentioned above?

ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด อาการ.....เมื่อใด.....

No Yes. Please specify what type of test when

ชื่อสถานพยาบาล.....ผลการรักษา.....

Name of hospital/infirmery Result of treatment

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

**Part 3 : Certificate of citizenship, consent and agreement to comply with the Foreign Account Tax Compliance Act of the United States (FATCA)**

**1. การรับรองสถานะ**

**1. Certificate of citizenship**

ก. ผู้ขอเอาประกันมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

a. The insured has the citizenship and the country of birth related to the U.S.

- ไม่มี       มี      โปรดระบุ       ถือสัญชาติอเมริกัน
- NO       YES      please specify       U.S. Citizenship
- เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- U.S. place of birth
- ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- U.S. Citizenship & U.S. place of birth

ข. ผู้ขอเอาประกันเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้พำนักถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

b. The insured is/was the Green-Card holder who has the permanent residence in the U.S.

- ไม่เป็น       เป็น       เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ
- NO       YES       YES and Expired

ค. ผู้ขอเอาประกันมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

c. The insured is under the duty to pay tax to the Internal Revenue Service (IRS) of the U.S. federal government.

- ไม่มี       มี
- NO       YES

ง. ผู้ขอเอาประกันมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

d. The insured is one of the U.S. tax residencies by having a residence in the U.S. (i.e. having been present in the U.S. for at least 183 days in the calendar year).

- ไม่มี       มี
- NO       YES

**2. คำยินยอมและตกลง**

**2. Consent and Agreement**

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

I hereby acknowledge that the insurance company (“the Company”) may be bound or required to comply with the FATCA regulations. In this regard, I agree and undertake the Company to proceed with the following in order to comply with the FATCA regulations:

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

a. Disclosure, give and report the changes of status or information.

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

I agree and undertake the Company to disclose any information which is required by the internal or overseas governmental sectors which controlling the compliance of FATCA regulations.

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

I agree to provide any additional information upon request by the Company in writing within the prescribed period.

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

I agree to notify the company if there are any changes in the status or information from which I have prior informed the Company, in case such changes are related to the U.S. The notification shall be made within 30 days from the changing date.

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

b. Non-disclosure

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

In case of non-disclosure, I agree and authorize the Company to deny the underwriting or deduct the withholding tax from any amount I shall be entitled according to the insurance policy as prescribed in the FATCA regulations.

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

In case the Company is denying the underwriting or deducting the withholding tax based on the ground of non-disclosure as prescribed in the FATCA regulations, the Company shall send the written notice informing the insured to show any evidences or confirmation letter affirm that the insured has no responsibility to pay tax in the U.S. within 15 days upon the date of receiving the notice. Failure to comply with the notice, the Company shall deny the underwriting or exercise their rights by deducting the withholding tax according to the insurance policy as prescribed in the FATCA regulations. In this regard, the Company shall send the notice of denying the underwriting or withholding tax deductible to the insured by registered mail at the address which has prior notified the Company.

**สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ขอให้คำยืนยันรับรองและยินยอม ดังต่อไปนี้**

**The Applying Member (Individual/Juristic Person) and the Insured (Juristic Person) confirm and agree as follows.**

ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that all answers in this application and declaration to the medical examiner are true. I understand that if any declaration in untrue,

The Company may decline the insurance and refuse to pay for any benefit as per policy condition.

ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I allow the physicians or other insurers or health institutions that may have my past health records, or those that shall do so in the future, to disclose

the facts to the Company or its representatives for the purpose of underwriting this application or pay out benefits according to the policy conditions.

ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to the insurer(s) or reinsurer(s) or other legal organizations or medical personnel(s)

With regards to underwriting this application or to pay out benefit as per policy conditions or as needed for medical purpose.

ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจการประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to The Office of Insurance Commission for the purpose of regulating the business of insurance.

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Made at

Date

Month

Year

ลงชื่อ.....

Sign ( )

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

Applying Member

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

Sign ( )

Sign ( )

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

Witness/life Insurance Agent/Life Insurance Broker

พยาน

Witness

1. หากสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

If the Applying Member or the Insured Member cancels the Policy before its term, the benefits that the Applying Member will receive

Shall be as per the Cash Surrender Value Table, as given in the Policy (if any) which shall be less than the specified Sum Assured

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

To ensure that this application is complete, please re-check all answers before affixing your signature.