



**บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC CO., LTD.**

สหประกันชีวิต  
SAHA LIFE INSURANCE

36/179, 36/183, 36/186 หมู่บ้าน RK BIZ CENTER ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร 0-2379-5466, 0-2731-7727-28  
36/179, 36/183, 36/186 RK BIZ CENTER, Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28  
Website : <http://www.sahalife.co.th> E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

**ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (ชนิดมีค่าตอบแทนสุขภาพอย่างดี)**

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....  
รหัสตัวแทน ..... ชื่อหน่วย ..... รหัสหน่วย .....  
สาขา .....  
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ .....  
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....  
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย .....

**ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย**

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ..... ชื่อและนามสกุลเดิม .....  
ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ) .....  
เพศ  ชาย  หญิง  สัญชาติ ..... (กรณีถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ .....)  
อายุ ..... ปี เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... เกิดที่ประเทศ .....  
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ ..... นามสกุล .....  
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (Passport)  ทะเบียนบ้าน  อื่น ๆ โปรดระบุ .....  
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ ..... วันหมดอายุ .....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
ประเทศ ..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
ประเทศ ..... โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล .....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ทำงาน ..... อาคาร ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
ประเทศ ..... โทรศัพท์ ..... อีเมล .....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้ขัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง))

แบบกระดาษ  แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยขัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องออกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (\*ของ่วนลักษณะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น\*) ในรูปแบบใด (กรุณาระบุเพียงช่องใดช่องหนึ่ง)

แบบกระดาษ     แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องออกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในแบบกระดาษ

3. อาชีพประจำ ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....  
ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....  
ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท

4. รายละเอียดสินเชื่อ  
จำนวนเงินกู้ที่ยืมกู้หรือจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระ ..... บาท  
ระยะเวลาผ่อนชำระ ..... ปี อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ ..... ต่อปี

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ชื่อแบบสัญญาประกันภัย ..... ระยะเวลาเอาประกันภัย ..... ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ..... ปี  
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย  ชำระเบี้ยประกันภัยครึ่งเดียว  รายปี  ราย 6 เดือน  ราย 3 เดือน  รายเดือน

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
เบี้ยประกันภัยรวม		

6. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการเขียนลงในคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ ..... บาท

ชำระเป็น

- เงินสด  
 โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี ..... ธนาคาร ..... สาขา .....  
 เช็ค  
 หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร .....  
 บัตรเครดิต ..... ชนิด ..... ออกโดย .....  
หมายเลขบัตรเครดิต ..... วันที่บัตรหมดอายุ .....

(โดยผู้ขอเอาประกันภัย ..... ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลขอ.....

ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย) ..... เป็นราย .....

จากบัตรเครดิตหมายเลขอ้างกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร ให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัท ไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขอ้างกล่าวได้)

อื่น ๆ โปรดระบุ .....  
ในรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่ .....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยจวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยจวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

7. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมธรรม์ประจำกัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประจำกันกับผู้ถือกรรมธรรม์ประจำกัย ถ้าหากจากการชำระบ่าให้กับผู้ถือกรรมธรรม์ประจำกัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ของ ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ของ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์ของ	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

8. ผู้ขอเอาประจำกัยมีการทำสัญญาประจำกันชีวิต ประจำกันชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประจำกันภัยสุขภาพ หรือประจำกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประจำกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประจำกันภัย (บาท)				เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญามีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบ คุ้มครองสินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

\*กรณีที่มีกรรมธรรม์ประจำกัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4\*

9. ผู้ขอเอาประจำกัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประจำกัย เพิ่มอัตราเบี้ยประจำกัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประจำกัย หรือการยกเลิกคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมธรรม์ประจำกัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

\*กรณีที่มีกรรมธรรม์ประจำกัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4\*

10. ผู้ขอเอาประจำกัยสภาพ หรือเคยสภาพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่สภาพ/ไม่เคยสภาพ

สภาพ/เคยสภาพ โปรดระบุชนิด ..... ปริมาณ ..... ความถี่ ..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพนานา ..... ปี

เลิกสภาพเมื่อ .....

11. ผู้ขอเอาประจำกัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

12. ผู้ขอเอาประจำกัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด ..... ปริมาณ ..... แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง  
ความถี่ ..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มนาน ..... ปี

เลิกดื่ม เมื่อ .....

13. ผู้ขอเอาประจำกัยสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบ/ไม่เคย  สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ ..... นวน ต่อวัน สูบนาน ..... ปี

เลิกสูบ เมื่อ .....

14. ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ขออาประกันกับเปลี่ยนแปลงหรือไม่  ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน  
โปรดระบุน้ำหนัก  เพิ่มขึ้น ..... กก.  ลดลง ..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง .....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขออาประกันภัย

15. บุคคลในครอบครัว (บิดามารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/or มารดา) ของผู้ขออาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยาบาลผ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเออดส์ (HIV) โรคมัลติเพลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวผู้ขออาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขออาประกันภัย

16. ผู้ขออาประกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/or ทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเออดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

ใช่  ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด .....

17. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขออาประกันภัยเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 4 สำหรับผู้ขออาประกันภัย กรุณาระบุต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจกรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขออาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขออาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศไทยที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือไม่

- ไม่มี       มี โปรดระบุ  
 ถือสัญชาติอเมริกัน  
 เกิดในประเทศไทยหรืออเมริกา<sup>1</sup>  
 ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศไทยหรืออเมริกา

บ. ผู้ขออาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีคิ่นที่อยู่ถาวรสัมภาระในประเทศไทยหรือไม่

- ไม่เป็น  
 เป็น  
 เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็น

โปรดระบุเลขที่ ..... วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ผู้ขออาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศไทยหรือไม่

- ไม่มี       มี

ง. ผู้ขออาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีคิ่นที่อยู่ในประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศไทยหรือไม่ ( เช่น มีคิ่นที่อยู่ในประเทศไทยอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา )

- ไม่มี       มี

2. คำรับรอง

- (1) ผู้ขออาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ผู้ขออาประกันภัยรับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขออาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ผู้ขออาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทรองขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ผู้ขออาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขออาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรือภายนอก ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ผู้ขออาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขออาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขออาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 6 ผู้ขออาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิของกเวณภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และขอยกให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขออาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....
- ไม่มีความประสงค์

## ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันล้อยແຄลงหรือคำตอบในคำขออาประกันภัยของผู้ขออาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขออาประกันภัยขอขึ้นชี้ว่าคำตอบทุกข้อในคำขออาประกันภัยนี้ รวมถึงล้อยແຄลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขออาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขออาประกันภัยไม่ແຄลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ผู้ขออาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขออาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ผู้ขออาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขออาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้า ประกันภัยดอ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล 医疗 บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ผู้ขออาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขออาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทำต่อการพิจารณา รับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขออาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ผู้ขออาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของผู้ขออาประกันภัย เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.sahalife.co.th](http://www.sahalife.co.th) / รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ขออาประกันภัยแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
6. เมื่อผู้ขออาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ใดนอกจากของผู้ขออาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - (1) ผู้ขออาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขออาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ไว้ (หากมี)
  - (2) ผู้ขออาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขออาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ผู้ขออาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขออาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.sahalife.co.th](http://www.sahalife.co.th) ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
  - (4) ผู้ขออาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า บริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการขออาประกันภัย

7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่อนุมัติหนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกัน เป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้น ได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้น ให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

## ส่วนที่ 8 คำเตือน

- หากผู้ขอเอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออธิကรังหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
- หากผู้ขอประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้ขอประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมาขึ้นบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัททั้งหมด 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้ขอประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขออาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ .....  
(ลงชื่อ).....  
(.....)

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

พยาน/ตัวแทนประจำชีวิต/นายหน้าประจำชีวิต  
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) .....

ผู้ขออาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
ของผู้ขออาประกันภัย  
(กรณีผู้ขออาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

# ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม

## กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง\*

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้รับข้อความจากบริษัทฯ ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันชีวิต / เอกสารเสนอขาย / บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ลักษณะ) เลขที่.....กับบริษัท ชนิด จำกัด (มหาชน) และได้รับรายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่า มีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ๒ ประเภท ได้แก่

- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

### ข้อควรทราบที่สำคัญ

๑. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ

๒. \*\*ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการยกเลิกการประกันภัยใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัททั้งหมด ๕๐๐ บาท (ลักษณะ) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยสมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้

๓. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยภายในห้าวันจากพื้นระยะเวลาตาม ข้อ ๒. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย จะได้รับเงินค่าวนคืนตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ลักษณะ) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. ๐๒-๕๔๕-๓๕๕๖-๕ หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. ๑๑๙

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

..... ลงนาม

( )

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

..... ลงนาม

( )

ผู้เอาประกันภัย

วันที่.....เวลา.....น.

### หมายเหตุ

\* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ต่ำกว่าจำนวนเงินที่หนี้สินคงค้างคงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

\*\* คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย