



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร.0-2379-5466, 0-2731-7727

36/186 Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466,+66-2731-7727

Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

ตัวอย่าง

ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองเงินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า โบอนุญาตเลขที่

รหัสตัวแทน ชื่อหน่วย รหัสหน่วย

สาขา

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ส่วนนี้ไม่ต้องกรอก

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย **นายเศรษฐี มั่งมี** ชื่อและนามสกุลเดิม -

ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ) **Brabara_678@hotmail.com**

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ **ไทย** (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ

อายุ **45** ปี เกิดวันที่ **5** เดือน **พฤษภาคม** พ.ศ. **2543** เกิดที่ประเทศ **ไทย**

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ นามสกุล

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ **1234567890123** วันหมดอายุ **05/05/2565**

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ **123** หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ **1** ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล **วังกระแจะ** เขต/อำเภอ **เมือง** จังหวัด **ตราด** รหัสไปรษณีย์ **23000**

ประเทศ **ไทย** โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ **0812345678** อีเมล **Brabara_678@hotmail.com**

ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

*****กรอกกรณีที่อยู่ปัจจุบันไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน*****

เลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ประเทศ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ทำงาน **สพป.ตราด** อาคาร **สนง.สพป.ตราด** เลขที่ **1** หมู่ที่ **3** ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล **วังกระแจะ** เขต/อำเภอ **เมือง** จังหวัด **ตราด** รหัสไปรษณีย์ **23000**

ประเทศ **ไทย** โทรศัพท์ **0812345678** อีเมล **Brabara_678@hotmail.com**

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในแบบกระดาษ)

3. อาชีพประจำ ข้าราชการ ตำแหน่ง อาจารย์ ลักษณะงานที่ทำ สอนหนังสือ
ลักษณะธุรกิจ สถานศึกษา รายได้ต่อปี 420,000.- บาท
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี

4. รายละเอียดสินเชื่อ
จำนวนเงินกู้ที่ขึ้นกู้หรือจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระ 400,000.- บาท
ระยะเวลาผ่อนชำระ 5,984.- ปี อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ 5.60% ต่อปี

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....สินเชื่อกู้ 872..... ระยะเวลาเอาประกันภัย 10 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 10 ปี
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	400,000.-	5,984.-
	เบี้ยประกันภัยรวม	5,984.-

6. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย
จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ บาท
ชำระเป็น

- เงินสด
- โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....
- เช็ค
- หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....
- บัตรเครดิต..... ชนิด..... ออกโดย.....
หมายเลขบัตรเครดิต..... วันที่บัตรหมดอายุ.....
(โดยผู้ขอเอาประกันภัย..... ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข.....
ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)..... เป็นราย.....
จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร ให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ย
ประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวได้)
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่
ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดง
การรับเงินจากบริษัท

7. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นางร่ำรวย มั่งมี	9876543210001	47	คู่สมรส	123 ม.1 ต.วังกระแจะ อ.เมือง จ.ตราด	100%

8. ผู้ขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

กรณีที่มีกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4

9. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมกรรมประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มีกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4

10. ผู้ขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

เลิกเสพเมื่อ

11. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

12. ผู้ขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย

ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี

เลิกดื่ม เมื่อ

13. ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

14. ส่วนสูง170..... ซม. น้ำหนัก75..... กก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ขอเอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 โปรตระบุญน้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

15. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้ขอเอาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่
 ไม่เป็น
 เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

16. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ
 ใช่ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด

17. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยบาดเจ็บ 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 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

- ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ไม่มี มี โปรดระบุ
- ถือสัญชาติอเมริกัน
- เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
- ไม่เป็น
- เป็น
- เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- กรณีเป็นหรือเคยเป็น
- โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ.....
- ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ไม่มี มี
- ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
- ไม่มี มี

2. คำรับรอง

- (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 6 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์
-

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่าน มา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.sahalife.co.th *นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท* รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัย ให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว www.sahalife.co.th *นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท* ซึ่งมีกรแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้น ได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ).....
นายเศรษฐี มิ่งมี
.....
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....
.....
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 8 คำเตือน

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันภัย และได้ส่งสำเนาให้กับผู้เอาประกันภัยไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
4. สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันภัย (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทสามัญ)
5. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท
และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ **สหกรณ์ออมทรัพย์ครูตราด จำกัด**

วันที่ **1** เดือน **สิงหาคม** พ.ศ. **2565**

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ).....

(**นายเศรษฐี มั่งมี**.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม

ตัวอย่าง

กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า นายเศรษฐี มั่งมี ได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันชีวิต / เอกสารเสนอขาย / บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่..... กับ บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่า มีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ๒ ประเภท ได้แก่

- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

๑. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ

๒. **ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย ภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทพลับละ ๕๐๐ บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้

๓. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลาตาม ข้อ ๒. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. ๐๒-๕๑๕-๑๕๕๖-๕ หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. ๑๑๘๖

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

..... ลงนาม

..... ลงนาม

(น.ส.ธอัญ วชิระกันตโช)

(**นายเศรษฐี มั่งมี**)

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้เอาประกันภัย

วันที่.....1 สิงหาคม 2565.....เวลา.....น.

หมายเหตุ

* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

** คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย