

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี ถ้า มี โปรดระบุรายละเอียด หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอ โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลใบคำขอเอาประกันภัย

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชย รายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
					<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> กำลังสมัคร
					<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> กำลังสมัคร

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....

ชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ ชนิด..... ปริมาณ..... ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน..... ปี /เลิกเสพเมื่อ.....

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม ชนิด..... ปริมาณ..... ขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน..... ปี /เลิกดื่มเมื่อ.....

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ ปริมาณ..... มวน/วัน สูบมานาน..... ปี /เลิกสูบเมื่อ.....

12. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... กก. ลดลง..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2, 3, 4, และ 5 หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอ โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลใบคำขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของ ผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด โรคไวรัสตับอักเสบบ หรือไม่ ถ้า เป็น โปรดระบุ
 ไม่เป็น เป็น บุคคลที่เป็น..... โรค..... อายุเมื่อเริ่มเป็น..... ปี

14. ภรรยา/สามีของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ไวรัสตับอักเสบบหรือไม่ (กรณีที่ไม่มี ภรรยา/สามี ไม่ต้องตอบ)
 ไม่เป็น เป็น หาก เป็น กรุณาทำเครื่องหมาย โรคเอดส์ (HIV)หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของ ผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

ก) คลำพบก้อนเนื้อ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี โปรดระบุรายละเอียด.....

ข) มีอาการดังต่อไปนี้ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มี มี
 กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง

อาการและการรักษา	วัน / เดือน / ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

ค) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจ หรือเข้าสถานพยาบาลเพื่อทำการรักษาตัว ตรวจสอบสุขภาพ ตรวจเลือด ตรวจชิ้นเนื้อ ความดันโลหิต บีสสภาวะ เอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ง) ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคย บาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้ระบุน้ำไขสัน ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี หาก เคย/มี กรุณาทำเครื่องหมาย และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียด ในข้อ 16.ค) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

16.ก) สำหรับการขอเอาประกันภัยหลัก และสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคร้ายแรง

<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคเมเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต

16.ข) ข้อ 16.ข) และ ข้อ 17. สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ | <input type="checkbox"/> ดิซ่าน | <input type="checkbox"/> โรคประสาท | <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | <input type="checkbox"/> กุ้งน้ำดีอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา | <input type="checkbox"/> ม้ามโต | <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไล่เลื่อน |
| <input type="checkbox"/> โรคต่อหิน | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ | <input type="checkbox"/> ออทิสติก | <input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ | |
| <input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> สมาร์ทสัน | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | |
| <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ | <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน | |
| <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน | |
| <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง | <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต | <input type="checkbox"/> นิ้ว | <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท | |
| <input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ | <input type="checkbox"/> เนื้ออก ก้อนหรือถุงน้ำ | <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร | <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง | |
| <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ | <input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) | <input type="checkbox"/> ผิคันทุสุตร | <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ | |
| <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> คาวานชินโครม | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม | <input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | |

16.ค) รายละเอียดของข้อ 16.ก) และ 16.ข)

โรค	วัน / เดือน / ปี ที่รักษา	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

17. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หาก เคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ | <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า | <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ | <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด |
| <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง | <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก | <input type="checkbox"/> ท้องมาน | <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ | <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ใจสั่น | <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ | <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก | <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด | <input type="checkbox"/> จำเลือด | <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง | |

เฉพาะสตรี กำลังตั้งครรภ์.....เดือน โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการและการรักษา	วัน / เดือน / ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

18. กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัย.....

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่ไม่ได้ชำระเบี้ยด้วยตนเอง

หรือผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 16 ปี (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย คือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่ขอเอาประกันภัยซึ่งเป็นผู้มีสิทธิ เป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ และเป็นผู้ให้ถ้อยแถลงข้อมูลเกี่ยวกับผู้เยาว์ที่ขอเอาประกันภัย)

19. ชื่อและนามสกุล..... ชื่อและนามสกุลเดิม.....

เพศ ชาย หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน ---- ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

เอกสารที่ใช้แสดงตน บัตรประจำตัวประชาชน วันบัตรหมดอายุ.....

หนังสือเดินทาง เลขที่.....วันหมดอายุ.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

ชื่อและนามสกุล ภรรยา /สามี..... เลขประจำตัวประชาชน ----

20.ก) ที่อยู่ปัจจุบัน
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ข) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ค) สถานที่ทำงาน
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ง) โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....อีเมล.....

21.ก) อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท

ลักษณะธุรกิจ.....

ข) อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท

ลักษณะธุรกิจ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน จังหวัด.....ประเทศ.....ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผู้ชำระเบี้ย

22. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับ การขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด
 ชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....
 ชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....

23. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

24. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ ชนิด..... ปริมาณ..... ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน..... ปี /เลิกเสพเมื่อ.....

25. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม ชนิด..... ปริมาณ..... ขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน..... ปี /เลิกดื่มเมื่อ.....

26. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ ปริมาณ..... มวน/วัน สูบมานาน..... ปี /เลิกสูบเมื่อ.....

27. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน เพิ่มขึ้น..... ก.ก. ลดลง..... ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

28. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย
 ถ้า เคย กรุณาทำเครื่องหมาย และระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคชัก โรคตับหรือทางเดินน้ำดี
 โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือด โรคไต โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
 โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคจิต โรคเก๊าท์
 โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคเอสแอลอี พิการทางร่างกาย โรคพาร์กินสัน โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต

โรค	วัน / เดือน / ปี ที่รักษา	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

29. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกาของผู้ขอเอาประกันภัย และผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ตามส่วนที่ 4)

1. การรับรองสถานะ
 ก. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือ มีสถานที่เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกาและยังไม่ได้สละความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมาย หรือ มีกรีนการ์ด (Green Card) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือ มีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ มีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของสหรัฐอเมริกา หรือไม่
 ผู้ขอเอาประกันภัย ไม่เป็น เป็น
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ตามส่วนที่ 4) ไม่เป็น เป็น
 ข. ข้าพเจ้ามีที่อยู่เพื่อการติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีการมอบอำนาจในการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่
 ผู้ขอเอาประกันภัย ไม่มี มี
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ตามส่วนที่ 4) ไม่มี มี

2. คำยินยอมและตกลง
 ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (บริษัท) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งกับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิ์กับบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกฎหมาย FATCA ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล บริษัทจะต้องส่งหนังสือบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสาร หรือหลักฐานใดๆ หรือให้ทำหนังสือยืนยันต่อบริษัทก่อนว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวนั้น บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับตามกฎหมาย FATCA ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้

ทั้งนี้ การส่งหนังสือบอกกล่าว หรือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิ์หักภาษี ณ ที่จ่ายดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าได้แจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 7 การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรของ ผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามกฎหมายว่าด้วยการที่กรมสรรพากรกำหนด

หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 8 ข้อความยินยอมยินยอมแปลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าผู้กระทำในฐานะ ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ที่ขอเอาประกันภัย
การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกฎหมาย
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกฎหมายได้
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือองค์กรหรือบุคคลอื่นหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกฎหมาย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้เยาว์ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยและหน่วยงานของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- กรณีที่ข้าพเจ้าเลือกรับเงินคืนตามสัญญาโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคารหรือโอนผ่านพร้อมเพย์ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทและธนาคารที่ข้าพเจ้าได้แจ้งความจำนงขอรับบริการ จัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการยืนยันตัวตนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของข้าพเจ้า และเพื่อให้บริษัทโอนเงินคืนตามสัญญาตามจำนวนและระยะเวลาที่ระบุไว้ในกรมธรรม์เข้าบัญชีธนาคารหรือบัญชีพร้อมเพย์ของข้าพเจ้า
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ และใช้ข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์และอีเมลล์ของข้าพเจ้าตามที่ระบุไว้เพื่อการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการขอเอาประกันชีวิตและกรมธรรม์ของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาที่กรมธรรม์ยังมีผลบังคับหรือระหว่างที่ยังสามารถใช้สิทธิการขอต่ออายุกรมธรรม์ได้

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญาผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้ว
- ก่อนลงลายมือชื่อ กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

พยาน / นายหน้าประกันชีวิต/ ตัวแทนประกันชีวิต ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา / มารดา

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะให้บิดาหรือมารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ใช้อำนาจปกครองเป็นผู้ลงลายมือชื่อกระทำการแทนหรือให้ความยินยอมในการเสนอขอเอาประกันภัย

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)