พีเอ พลัส
ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Person Accident)

อุบัติเหตุ นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการควบคุมของตัวเราเพียงคนเดียว แต่อยู่ที่สภาพแวดล้อม หรือบุคคลอื่นด้วย เพราะต่อให้เรามีความรอบคอบและไม่ประมาทเป็นอย่างดีแล้ว แต่ถ้าสภาพแวดล้อมเกิดบกพร่องหรือคนอื่นประมาท เราก็มีโอกาสได้รับความเสียหาย โดยที่เราคาดไม่ถึงด้วยเช่นเดียวกัน

พีเอ พลัส กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- **คุ้มครองการเสียชีวิตและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะ หรือสายตาเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **ชดเชยรายได้จากการทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ**
  - **เพิ่มความคุ้มครองค่าปลงศพสำหรับการเสียชีวิตจากทุกกรณี**
  - **ขยายความคุ้มครองการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง**
    - จากอุบัติเหตุสาธารณะ • จากการขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์ • จากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย
    - จากการนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล
- **เบี้ยประกันภัยสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้**

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาญอิสสระทาวเวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 I Call Center 0-2762-7777 I www.samsunglife.co.th
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

SAMSUNG LIFE INSURANCE

เอกสารนี้เป็นทรัพย์สินของบริษัทฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

พีเอ พลัส

ความคุ้มครองและผลประโยชน์	พีเอ พลัส 10,000	พีเอ พลัส 20,000
1. เสียชีวิตทุกกรณี	❶10,000 ค่าปลงศพ*	❷20,000 ค่าปลงศพ*
2. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ		
• เสียชีวิต	200,000 + ❶	400,000 + ❷
• ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	200,000	400,000
• สูญเสีย มือสองข้าง หรือเท้าสองข้าง หรือสายตาสองข้าง	200,000	400,000
• สูญเสีย มือหนึ่งข้างและเท้าหนึ่งข้าง หรือมือหนึ่งข้างและสายตาหนึ่งข้าง หรือเท้าหนึ่งข้างและสายตาหนึ่งข้าง	200,000	400,000
• สูญเสีย มือหนึ่งข้าง หรือเท้าหนึ่งข้าง หรือสายตาหนึ่งข้าง	120,000	240,000
3. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ (ไม่เกิน 52 สัปดาห์)	500 ต่อสัปดาห์	700 ต่อสัปดาห์
4. ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายตามจริง สูงสุดต่อครั้ง)	25,000 ต่อครั้ง	30,000 ต่อครั้ง
5. คุ้มครองอุบัติเหตุสาธารณะ	400,000 + ❶	800,000 + ❷
6. ขยายความคุ้มครอง จากข้อ 2. เนื่องจากสาเหตุดังนี้		
• จากการขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์	75,000 + ❶	150,000 + ❷
• จากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย	200,000 + ❶	400,000 + ❷
• จากการนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	200,000 + ❶	400,000 + ❷
บริษัทฯ จะจ่ายค่าปลงศพ ❶ หรือ ❷ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตเท่านั้น		
*ผลประโยชน์ **ค่าปลงศพ** มีระยะเวลารอคอย 180 วัน นับจากวันที่มีผลบังคับครั้งแรก หากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยภายในระยะเวลาดังกล่าว จะไม่มีสิทธิได้รับเงินผลประโยชน์ค่าปลงศพ		
เบี้ยประกันภัยต่อปี		
เบี้ยประกันภัยต่อปี สำหรับอายุ 16 - 60 ปี **เบี้ยประกันภัยสำหรับหักลดหย่อนภาษี**	1,500 1,129	2,300 1,514
เบี้ยประกันภัยต่อปี สำหรับอายุ 61 - 65 ปี **เบี้ยประกันภัยสำหรับหักลดหย่อนภาษี**	1,800 1,352	2,700 1,772
เบี้ยประกันภัยต่อปี สำหรับอายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น) **เบี้ยประกันภัยสำหรับหักลดหย่อนภาษี**	2,200 1,647	3,200 2,093
เบี้ยประกันภัยสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ตามที่สรรพากรกำหนด ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 315		

เงื่อนไขการพิจารณารับประกันภัย

- ไม่ต้องตรวจสุขภาพ • อายุรับประกันภัย 16 – 65 ปี ต่ออายุได้ถึงอายุ 70 ปี • รับประกันภัยชั้นอาชีพ 1 – 2 และรับเฉพาะภัยมาตรฐานเท่านั้น
- จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดเมื่อรวมกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลทุกกรมธรรม์ต้องไม่เกิน 4,000,000 บาท และไม่เกิน 5 เท่าของรายได้ต่อปี
- สามารถซื้อได้ 1 แผน ต่อผู้เอาประกันภัย 1 ราย

รายละเอียดการจำแนกอาชีพ สำหรับแบบประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พีเอ พลัส

อาชีพชั้น 1 ผู้ประกอบอาชีพในสำนักงาน (ไม่มีความเสี่ยงในสำนักงานแต่อย่างใด) ได้แก่

นักเรียน - นักศึกษา • ข้าราชการ • ครู • อาจารย์ • แคชเชียร์ (พนักงานเก็บเงิน) • ผู้บริหารองค์กรธุรกิจ • แพทย์ (ยกเว้น ศัลยแพทย์/ทันตแพทย์/สัตวแพทย์) • นักบัญชี • พนักงานการเงิน • นักกฎหมาย • ผู้พิพากษา • อัยการ (ไม่ได้ออกนอกสถานที่) • จิตรกร (ในสำนักงาน) • สถาปนิก • ผู้จัดการและเสมียน (บริษัทนำสินค้าเข้า - ออก ซึ่งมีหน้าที่ในสำนักงานเท่านั้น/ธนาคาร/บริษัทประกัน/บริษัทเดินเรือ) • ฯลฯ

อาชีพชั้น 2 ผู้ประกอบอาชีพควบคุมในสำนักงาน หรือต้องมีการออกนอกสถานที่ ได้แก่

ผู้แทน • ผู้จัดการ (บริษัทท่องเที่ยว/โรงแรม/โรงงาน/โรงมหรสพ/ภัตตาคาร) • ผู้จัดการบริษัทรักษาความปลอดภัย • ผู้จัดการฝ่ายศิลป์ • ผู้จัดการฝ่ายผลิต • ศัลยแพทย์ • ทันตแพทย์ • สัตวแพทย์ • เภสัชกร • นางผดุงครรภ์ • นางพยาบาล • นักเคมี • พนักงานขาย • เซลส์แมน • พนักงานจัดสินค้า • พนักงานขายของหน้าร้าน • พนักงานเก็บเงิน (ที่ปฏิบัติงานหลายอย่าง) • ศุลกากรักษ์ (ทำงานนอกสถานที่) • เจ้าของและพนักงาน (ร้านเสื้อผ้า/ร้านเพชรพลอย/ร้านทอง) • นักดนตรี • นักร้อง • เจ้าของ (กองมรดก/บ้านจัดสรร/บ้านเช่า/สวน (ไม่ได้ลงมือทำ)) • ช่างภาพ • นักข่าว • ผู้ตรวจการ (รัฐบาล/ธุรกิจ) • นักกฎหมาย - ทนายความ (ออกนอกสำนักงาน) • เจ้าที่หน้าที่สืบเชื้อ • เจ้าหน้าที่ประมูลงานทั่วไป • ศึกษานิเทศก์ ฯลฯ

อาชีพที่ไม่รับประกัน

• คนงานก่อสร้างตึกสูง หอคอย คนงานปั่นจั่น คนเรียงอิฐ งานก่อสร้าง พนักงานสร้างเขื่อน • งานเกี่ยวกับการวางสาย/ซ่อมบำรุง (ต่อสาย พาดสายบนเสาไฟฟ้า ใต้ดิน อุโมงค์) • กรรมกร (ทำความสะอาดท่อระบายน้ำ อยู่ในโรงโม่หิน ในโรงงานผลิตแก๊สฯ วัตถุระเบิด และอื่นๆ) • ก่อสร้างอุโมงค์แรงดันอากาศ • คนขนทราย (กรรมกร) • กรรมกรทำความสะอาดท่อระบายน้ำ • กรรมกรในธุรกิจโรงงานผลิตแก๊ส วัตถุระเบิด และอื่นๆ • กีฬาโดดร่ม นักมวยไทย ขี่ม้าแข่ง กีฬาทางน้ำ สกู๊ตเตอร์ นักประดาน้ำ นักแข่งรถ ล่าสัตว์ • ชาวประมง (ยกเว้นทำงานบนฝั่งเท่านั้น) • ขนส่งทางทะเล (คนประจำดาดฟ้า คนดับเพลิง หน่วยกู้ภัยเรืออับปาง) • งานโฆษณา (คนติดตั้งป้าย/รื้อป้ายในที่สูง) • คนติดตั้งเสาอากาศในที่สูง (วิทยุ โทรทัศน์) • ทหาร ตำรวจ ทหารลาดตระเวน (ยกเว้นผู้ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานซึ่งไม่มีความเสี่ยง เช่น ธุรการ การเงิน) • นักบิน (พลประจำเฮลิคอปเตอร์ ประจำการใกล้ชายแดน) กองบินตำรวจ • กรมประมวลข่าวกลาง • หน่วยป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปฏิบัติหน้าที่ในเขตแทรกซึม • พนักงานดับเพลิง/คนดับเพลิง • ขับรถบรรทุกแก๊ส • ผู้แสดงบทบู๊/แสดงแทนดารา แสดงผาดโผน • ละครสัตว์/ผู้แสดงกับสัตว์ดุร้าย • อาชีพที่ไม่ถูกกฎหมายหรือล่อไปในทางทุจริต • อาชีพอื่นๆ บางอาชีพที่เสี่ยงภัยสูง ซึ่งบริษัทฯ ไม่สามารถรับประกันชีวิตในอัตราปกติได้ โดยบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์พิจารณาเป็นรายๆ ไป

ภัยที่ไม่รับพิจารณารับประกันภัย

ร่างกายพิการ วิกลจริต สติฟั่นเฟือน สุขภาพไม่ดี หรือมีโรคประจำตัวที่อันตราย เช่น โรคหัวใจ วัณโรค มะเร็ง ความดันโลหิตผิดปกติ เบาหวาน ลมบ้าหมู ข้ออักเสบ เป็นผู้ติดยาเสพติด หรือดื่มสุราเป็นประจำ หรือเคยถูกลอบทำร้ายจากผู้อื่นโดยเจตนา หรือมีลำเนาอยู่ในท้องที่ที่ไม่มีแพทย์แผนปัจจุบัน หรือเป็นบุคคลล้มละลาย

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ ความคุ้มครอง และเงื่อนไขต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์

คำเตือน ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตทุกครั้ง

SAMSUNG LIFE INSURANCE

Barcode

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) 2922/222-227 ชั้น 15
อาคารชาญอิสระทาวเวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ช่องทางการขาย ☐ **ตัวแทน/นายหน้า** ☐ **อิเล็กทรอนิกส์**

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่_____
ชื่อตัวแทน / นายหน้า_____
ใบอนุญาตเลขที่_____ รหัส_____
ผู้บริหารตัวแทน_____ รหัส_____
สาขา/สังกัด_____

☐ **กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี** ☐ **กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน**

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย_____ (ชื่อ-นามสกุลเดิม_____)
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด _ _ / _ _ / _ _ _ _ อายุ_____ปี สัญชาติ_____ ส่วนสูง_____ซม. น้ำหนัก_____กก.
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ_____
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีชาวต่างชาติ_____วันบัตรหมดอายุ_____
ชื่อ ภรรยา/สามี_____

2. ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่_____หมู่บ้าน/อาคาร_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____ถนน_____
แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____
ข. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
เลขที่_____หมู่บ้าน/อาคาร_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____ถนน_____
แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____
ค. สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
ชื่อ_____อาคาร_____เลขที่_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____
ถนน_____แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน อีเมล ระบุ_____
โทรศัพท์บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____ โทรศัพท์ที่ทำงาน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____
โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ_____ โทรศัพท์มือถือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____
จ. เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้บริษัทจัดส่งเอกสารต่อไปนี้ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

ประเภทเอกสาร	กระดาษ	อิเล็กทรอนิกส์
กรมธรรม์ประกันภัย	☐	☐
ใบเสร็จรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย	☐	☐

1. กรณี อิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมลที่ให้ไว้กับบริษัท
2. ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น
3. หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งเอกสารข้างต้นในรูปแบบกระดาษ โดยจัดส่งให้ทางไปรษณีย์

3. อาชีพประจำ_____ ลักษณะธุรกิจ_____
ลักษณะงานที่ทำ_____ รายได้ต่อปี (บาท)_____

4. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ตนเอง ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย
(ตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในข้อ 5)

5. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย
ชื่อ - นามสกุล_____ อายุ_____ปี ความสัมพันธ์_____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีชาวต่างชาติ_____วันบัตรหมดอายุ_____
สถานที่ติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ที่อยู่อื่น โปรดระบุ
เลขที่_____โทรศัพท์ติดต่อคือ_____
อาชีพประจำ_____รายได้ต่อปี (บาท)_____

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)

7.☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี

ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่_____เวลา 16.30 น.	สิ้นสุดวันที่_____เวลา 16.30 น.
☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน	
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่_____เวลา 16.30 น.	กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

8.ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ ☐ แผน_____

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)			
ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร(อ.บ. 2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน_____สัปดาห์			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน_____สัปดาห์			
ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
ข้อ 5. กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน			
ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน_____วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ			

9. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติม ดังนี้

ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
9.1 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1)		
9.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2)		
9.3 การโดยสารอากาศยานที่มิได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3)		
9.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4)		
9.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5)		
9.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5)		
9.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)		
9.8 อื่น ๆ โปรดระบุ_____		
เบี้ยประกันภัย รวมทั้งสิ้น		

10. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? ☐ไม่มี ☐มีหรือได้ขอ
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด_____บาท
โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

11. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

12. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

13. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว ☐ ดื่มเป็นประจำ

14. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?
☐ไม่เคย ☐เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน_____วัน
ลักษณะการบาดเจ็บ_____
ผลการรักษา_____แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา_____

15. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

15.1 โรคลมชัก	☐ไม่เคย	☐เคย
15.2 โรคหัวใจ	☐ไม่เคย	☐เคย
15.3 ความดันโลหิตสูง	☐ไม่เคย	☐เคย
15.4 โรคเบาหวาน	☐ไม่เคย	☐เคย
15.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ	☐ไม่เคย	☐เคย
15.6 โรคมะเร็ง	☐ไม่เคย	☐เคย
15.7 โรคเอดส์	☐ไม่เคย	☐เคย

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)

16. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?	☐ ไม่มี	☐ มี	ถ้ามี โปรดระบุ_____
17. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?	☐ ไม่มี	☐ มี	ถ้ามี โปรดระบุ_____
18. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?	☐ ไม่เคย	☐ เคย	ถ้าเคยโปรดระบุ_____
19. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?	☐ ไม่เคย	☐ เคย	ถ้าเคยโปรดระบุ_____

ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่_____

☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 3 ข้อความยืนยันถ้อยแถลง หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://samsunglife.co.th/privacy-policy/ รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ https://www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้วตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ https://samsunglife.co.th/privacy-policy/ ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวมรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตาม นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ https://www.oic.or.th
   4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย
(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) .....
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(ลงชื่อ) .....
(.....)
พยาน

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)

ส่วนที่ 4 คำเตือน

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
2. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียงและ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยานมิต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
3. เพื่อป้องกันการไม่นำส่งเงินค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัท การชำระเบี้ยประกันภัยต้องชำระโดยตรงเข้าบัญชีธนาคารของบริษัทเท่านั้น พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ชำระเงินในเอกสารการชำระเงินให้ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการคืนเงินให้แก่ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความส่วนที่ 1 - 4 ในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) .....
(.....)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย
(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) .....
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน
** กรณีมีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่

(ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....ใช้กรณีดาวน์โหลดเอกสารจากเว็บไซต์เท่านั้น)