

ผลิตภัณฑ์ใหม่
2020



สมาร์ทชูปเปอร์เซฟวิ้ง 10/6

ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยสั้นเพียง 6 ปี ให้ความคุ้มครอง 10 ปี

รับผลประโยชน์รวมสูงสุดตลอดสัญญา 670%

ไม่ต้องตรวจหรือตอบคำถามสุขภาพ

รับประกันถึงอายุ 75 ปี

% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย

สมาร์ทชูปเปอร์เซฟวิ้ง 10/6 (20) เป็นชื่อทางการตลาด โดยในกรมธรรม์จะใช้ชื่อ สมาร์ทเซฟวิ้ง 10/6 เอส2 (ชนิดที่ไม่มีส่วนร่วมในเงินปันผล)

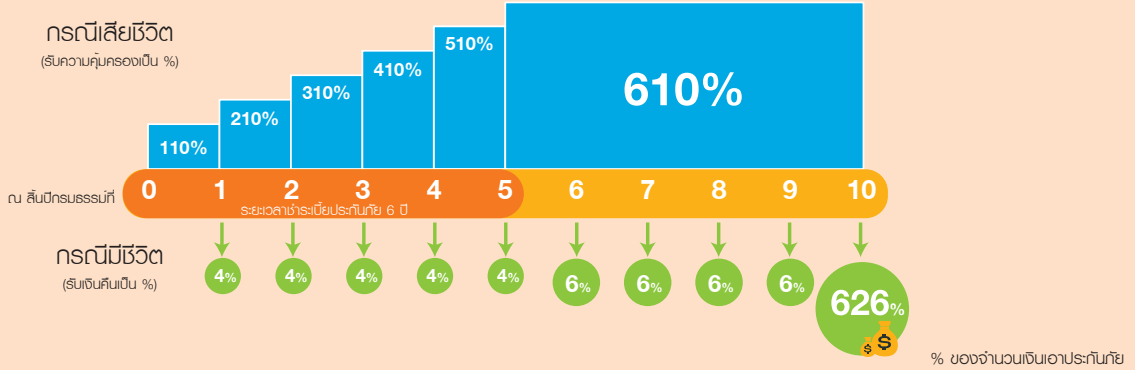
SAMSUNG
LIFE INSURANCE

SAMSUNG

วางแผนเพื่ออนาคตที่มั่นคง รับผลประโยชน์ตอบแทนที่คุ้มค่า

รวมรับเงินผลประโยชน์ตลอดสัญญา สูงถึง 670%

แผนภาพผลประโยชน์และความคุ้มครอง แบบประกันภัยสุขภาพแบบเรทเบี้ยว 10/6 (20)



ผลประโยชน์ของกรมธรรม์

กรณีมีชีวิต

รับเงินรายปีทุกสิ้นปี ตั้งแต่ปีที่ 1 ถึง 9

- สิ้นปีที่ 1 ถึง 5 รับปีละ 4%
- สิ้นปีที่ 6 ถึง 9 รับปีละ 6%

รับเงินครบกำหนดสัญญา

- สิ้นปีที่ 10 รับเงินครบกำหนดสัญญา 626%

กรณีเสียชีวิต

คุ้มครองการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามปีกรมธรรม์

ปีกรมธรรม์	1	2	3	4	5	6-10
ความคุ้มครอง	110%	210%	310%	410%	510%	610%

% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย

อัตราเบี้ยประกันภัยรายปี แบบประกันภัยสุขภาพแบบเรทเบี้ยว 10/6 (20) (ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท)

จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	อัตราเบี้ยประกันภัย (บาท)
20,000 – 99,999	1,000
100,000 – 499,999	985
ตั้งแต่ 500,000 เป็นต้นไป	965

ตัวอย่างผลประโยชน์ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท

ชำระเบี้ยประกันภัยปีละ 965,000 บาท

รายการผลประโยชน์	ต่อปี	ตลอดสัญญา
1. ผลประโยชน์ที่ได้รับ		
• เงินคืน 4% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ตั้งแต่สิ้นปีกรมธรรม์ที่ 1 - 5	40,000	200,000
• เงินคืน 6% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ตั้งแต่สิ้นปีกรมธรรม์ที่ 6 - 9	60,000	240,000
• เงินคืน 626% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ณ สิ้นปีกรมธรรม์ที่ 10	-	6,260,000
รวมผลประโยชน์ตลอดสัญญา 670% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย		6,700,000
2. รับความคุ้มครองชีวิต		
• ปีที่ 1 คุ้มครอง 110% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	1,100,000	
• ปีที่ 2 คุ้มครอง 210% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	2,100,000	
• ปีที่ 3 คุ้มครอง 310% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	3,100,000	
• ปีที่ 4 คุ้มครอง 410% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	4,100,000	
• ปีที่ 5 คุ้มครอง 510% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	5,100,000	
• ปีที่ 6 - 10 คุ้มครอง 610% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย	6,100,000	
3. เบี้ยประกันภัย (ชำระเบี้ยประกันภัย 6 ปี)	965,000	5,790,000
ผลต่างระหว่างผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด		910,000
อัตราผลตอบแทนสุทธิ		2.04%
สิทธิประโยชน์ทางภาษี สูงสุดปีละ 100,000 บาท ค่าวงกตที่อัตราภาษี 35%*	35,000	210,000
รวมผลประโยชน์ที่ได้รับตามกรมธรรม์⁽¹⁾ และสิทธิประโยชน์ทางภาษี		6,910,000
ผลประโยชน์ที่ได้รับตามกรมธรรม์⁽¹⁾ และสิทธิประโยชน์ทางภาษี มากกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด⁽²⁾		1,120,000

*% ของเงินได้สุทธ

ข้อกำหนดการรับประกันภัย

- รับประกันภัยตั้งแต่อายุ 1 วัน ถึง 75 ปี
- ระยะเวลาคุ้มครอง 10 ปี ชำระเบี้ยประกันภัย 6 ปี
- จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 20,000 บาท
- ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นงวดรายปีเท่านั้น
- ไม่ต้องแถลงสุขภาพ ไม่ต้องตรวจสุขภาพ ไม่ต้องตรวจ HIV ทุกพื้นที่
- ไม่สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ได้
- แบบประกันภัยนี้สามารถนำเบี้ยประกันภัยไปลดหย่อนภาษีได้ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด สูงสุดถึง 100,000 บาท

หมายเหตุ • แบบประกันภัยนี้สามารถหักลดหย่อนภาษีได้ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด • เอกสารนี้ถือเป็นทรัพย์สินของ บริษัทฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต • กรณีที่ผู้เอาประกันภัย แลลงข้อความอันเป็นเท็จ บริษัทฯ จะบอกกล่าวสัญญาภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยในเฉพาะส่วนที่เพิ่ม • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยขาดตัว ภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยเฉพาะส่วนที่เพิ่ม บริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระให้แก่บริษัทฯ มาแล้วทั้งหมด โดยหักคืนหนี้สินทั้งหมด (ถ้ามี) • แลลงอายุลูกค้าเคลื่อน และอายุที่ถูกต้องอยู่นอกจากอัตราเบี้ยประกันภัยตามทางคำปกติของบริษัทฯ บริษัทฯ มีสิทธิบอกกล่าวสัญญาได้ • การนำส่งเบี้ยประกันภัยให้ แก่บริษัทฯ เป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น โดยท่านสามารถเลือกชำระเบี้ยประกันภัยได้ในช่องทางต่างๆ ดังนี้ 1. ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 2. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคารเข้าบัญชี 3. ชำระด้วยบัตรเครดิต 4. ชำระด้วยเช็คหรือแคชเชียร์เช็ค 5. ชำระผ่านตู้ ATM 6. ชำระผ่าน internet banking/ Mobile Application 7. ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานใหญ่ของบริษัทฯ • ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัยเมื่อได้ รับกรมธรรม์แล้ว โปรดศึกษารายละเอียด ข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ ความคุ้มครอง และเงื่อนไขต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์
คำเตือน พู้อ้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาเลนเจอร์ส:ทาวเวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 | Call Center 0-2762-7777 | www.samsunglife.co.th
 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124



ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ
(ชนิดไม่มีค่ากรมสุขภาพ)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____
 ชื่อตัวแทน / นายหน้า _____
 ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัส _____
 ผู้บริหารตัวแทน _____ รหัส _____

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

แบบไม่มีเงินปันผล (Non Par) แบบมีเงินปันผล (Par)

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

<p>1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย _____ เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ส่วนสูง _____ ซม. เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ วัน/เดือน/ปีเกิด ____ / ____ / ____ อายุ _____ ปี สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย น้ำหนัก _____ กก. ชื่อภรรยา/สามี _____ เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____</p>																									
<p>2. ที่อยู่และที่ทำงาน</p> <p>ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____</p> <p>ข. ชื่อสถานที่ทำงาน _____ อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____</p> <p>ค. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____</p> <p>ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน อีเมล _____ โทรศัพท์บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ _____ โทรศัพท์มือถือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ _____</p>																									
<p>3. อาชีพประจำ _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท</p>																									
<p>4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)</th> <th>อายุ</th> <th>ความสัมพันธ์</th> <th>เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้</th> <th>ที่อยู่</th> <th>ร้อยละของผลประโยชน์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์																		
ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์																				
<p>5. แบบประกันภัย _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท เบี้ยประกันภัย _____ บาท</p> <p>งวดการชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> ราย 12 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 1 เดือน <input type="checkbox"/> ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี</p> <p>กรณีมีเงินคืนตามสัญญา / เงินปันผล ขอเลือกรับเป็น _____ (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง บริษัทฯ จะจ่ายเป็นเช็ค) <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่ _____ (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์) <input type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม (เฉพาะแบบประกันที่มีเงินปันผล (Par) เท่านั้น)</p> <p>จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอ นี้ _____ บาท ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____ ชำระเป็น <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ (แบบ pay-in) <input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ <input type="checkbox"/> บัตรเครดิต เลขที่ _____ ชื่อเจ้าของบัตร _____ ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ _____ คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น</p>																									
<p>6. ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง (ชื่อ-นามสกุลเดิม _____) เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____ / ____ / ____ เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ อาชีพ _____ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย</p>																									

ส่วนที่ 2 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หรือ)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มีโปรตุเกส ถิ่นสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถิ่นสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุหมายเลขประจำตัวเสียภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา (US TIN) _____

2. คำยินยอมและข้อตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 3 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมารีเอจจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา / มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีมีการแก้ไข ชัดแจ้ง ชูตลับ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่