

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันอุบัติเหตุนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้เยาว์ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลชีวภาพของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล ของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

- บิดา/มารดา
- ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

แผนการประกันภัยอุบัติเหตุ พี เอ



ให้ความคุ้มครองหลากหลาย
เลือกได้ตามไลฟ์สไตล์ที่คุณต้องการ
กรณีอุบัติเหตุเข้ารับการรักษา
ไม่ต้องสำรองเงินค่ารักษาพยาบาล

แผนการประกันภัยอุบัติเหตุ พี เอ

- ✓ เบาใจ หากเกิดอุบัติเหตุ ไม่ต้องสำรองเงินค่ารักษาพยาบาล
- ✓ รับประกันภัยตั้งแต่อายุ 0 - 65 ปี และ ต่ออายุได้นานจนอายุครบ 75 ปี
- ✓ เพิ่มความคุ้มครอง 5% ของทุนประกันภัยเริ่มต้น ตั้งแต่ปีกรมธรรม์ที่ 2**
- ✓ รองรับความอุ่นใจด้วยความคุ้มครองสูงสุดถึง 10 ล้านบาท

**ฟรี เพิ่มความคุ้มครองในข้อ 1-2, 4 สำหรับ PA Super Care และข้อ 1-2, 5 สำหรับ PA Prestige Care ขึ้นอีก 5% ของทุนประกันภัยเริ่มต้นทุกปีเริ่มตั้งแต่ปีกรมธรรม์ที่ 2 ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาสูงสุด 5 ปี เมื่อต่ออายุกรมธรรม์ก่อนหรือ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ ทั้งนี้ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมเพิ่มขึ้นสูงสุดไม่เกิน 1 ล้านบาท

โปรดศึกษาและทำความเข้าใจในรายละเอียด ความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง

CMK JUN 2022
CP400202217



ชวนคุณ
วางแผนอุ่นใจ
ตั้งรับความไม่แน่นอน
ก่อนเกิดอุบัติเหตุ

บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย)

ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารบ้านอายุและประกันชีวิตจากประเทศญี่ปุ่น*

เราคือใคร

โตเกียวมารีน บริษัทประกันภัยแรกในประเทศญี่ปุ่นก่อตั้งขึ้นในปี 2422 โตเกียวมารีนมีการเติบโตตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา เรานำเสนอตัวเลือกผลิตภัณฑ์ และการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของการประกันวินาศภัย การประกันชีวิต มีการดำเนินงานใน 486 เมือง 45 ประเทศ เรายังคงขยายธุรกิจเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มธุรกิจประกันภัยที่มีความหลากหลาย และมีสถานะภาพทางการเงินแข็งแกร่งระดับโลก



02 650 1400



www.tokiomarine.com



csc@tokiomarinelifeco.th



facebook.com/tokiomarine.th

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามกฎหมายประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

สำหรับช่องทางการจำหน่ายผ่านตัวแทน

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. (662) 650-1400 tokiomarine.com

T3

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....อายุ..... เพศ.....

PA Super Care	อายุ 0 - 65 ปี				
	PA1000	PA1600	PA2000	PA2600	PA3000
ชั้นอาชีพ 1 - 4	PA38	PA39	PA40	PA41	PA42
ความคุ้มครอง (บาท)					
1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ*	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
2. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก*					
- การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
- การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	150,000	200,000	250,000
- การแข่งกีฬาอันตราย	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
- การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
- การก่อการร้าย	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
3. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000
4. อุบัติเหตุสาธารณะ	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
<input type="checkbox"/> Plus 1 กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000
<input type="checkbox"/> Plus 2 ขดเขยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล	-	-	500	500	1,000

*การจ่ายผลประโยชน์สำหรับความคุ้มครองข้อ 1. และข้อ 2. บริษัทจะจ่ายเพียงข้อใดข้อหนึ่งแล้วแต่กรณี

Base	อายุรับประกันภัย					อัตราเบี้ยประกันภัยต่อปี (บาท)				
	อายุ 0 - 65 ปี	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)			1,000	1,600	2,000	2,600	3,000
Plus 1	อายุ 0 - 65 ปี	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)			100	200	300	400	500
	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)				145	290	435	580	725
	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)					175	350	525	700	875
Plus 2	อายุ 0 - 65 ปี	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)			-	-	150	150	300
	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)				-	-	217	217	435
	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)					-	-	262	262	525

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย
ชำระผ่านตัวแทนของบริษัท โดย

- เงินสด หรือสั่งจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม "บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย)" และขีดฆ่า "หรือผู้ถือ"
- อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โอนบัญชีออมทรัพย์ บัญชีออมทรัพย์ หรือ อินเทอร์เน็ตแบงกิ้ง
- บัตรเครดิต โดยค่าธรรมเนียมบัตรเครดิตจะขึ้นอยู่กับประกาศของทางบริษัท

หมายเหตุ

- ช้อยก์เงินที่บริษัทจะไม่คุ้มครอง เช่น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในกรมธรรม์)
 - การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา ยาเสพติด หรือสารเสพติดให้โทษ จนไม่สามารถครองสติได้
 - การฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาท หรือมีส่วนเกี่ยวข้องให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- เมื่อมีการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านตัวแทน โปรดขอใบรับเงินชั่วคราวทุกครั้ง

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. (662) 650-1400 tokiomarine.com

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทนประกันชีวิต ผู้นำเสนอ.....เบอร์ติดต่อ.....

PA Prestige Care	อายุ 16 - 65 ปี					
	PA6000	PA10900	PA13500	PA16500	PA19500	PA33000
ชั้นอาชีพ 1 - 2	PA43	PA44	PA45	PA46	PA47	PA48
ความคุ้มครอง (บาท)						
1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ*	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	10,000,000
2. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก*						
- การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
- การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
- การแข่งกีฬาอันตราย	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	10,000,000
- การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	10,000,000
- การก่อการร้าย	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	10,000,000
3. ผลประโยชน์ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ขดเขยรายสัปดาห์	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	6,000
4. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	100,000	120,000	130,000	140,000	150,000	250,000
5. อุบัติเหตุสาธารณะ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	10,000,000
6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจากอุบัติเหตุ	1,000	2,000	3,000	4,000	5,000	6,000
<input type="checkbox"/> Plus 1 กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	100,000	120,000	130,000	140,000	150,000	250,000
<input type="checkbox"/> Plus 2 ขดเขยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล	2,000	2,000	3,000	3,000	3,000	5,000

*การจ่ายผลประโยชน์สำหรับความคุ้มครองข้อ 1. และข้อ 2. บริษัทจะจ่ายเพียงข้อใดข้อหนึ่งแล้วแต่กรณี

Base	อายุรับประกันภัย						อัตราเบี้ยประกันภัยต่อปี (บาท)					
	อายุ 16 - 65 ปี	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)				6,000	10,900	13,500	16,500	19,500	33,000
Plus 1	อายุ 16 - 65 ปี	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)				1,000	1,200	1,300	1,400	1,500	2,500
	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)					1,450	1,740	1,885	2,030	2,175	3,625
	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)						1,750	2,100	2,275	2,450	2,625	4,375
Plus 2	อายุ 16 - 65 ปี	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)				600	600	900	900	900	1,500
	อายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)					870	870	1,305	1,305	1,305	2,175
	อายุ 71 - 75 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น)						1,050	1,050	1,575	1,575	1,575	2,625

รวมเบี้ยประกันภัยที่ชำระ (โปรดระบุ).....บาท
ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองแบบประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

วัน..... เดือน ปี เวลา

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ ตัวแทนประกันชีวิต/ นายหน้าประกันชีวิต

วัน..... เดือน ปี เวลา

กรณีที่มีการแก้ไข ชัดฆ่า ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

1. ชื่อสกุล นาย/ นาง/ นางสาว..... เพศ ชาย หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....ปี..... หมายเลขบัตรประชาชน..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E - mail.....

3. อาชีพประจำ.....สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท

4. อาชีพอื่น (ถ้ามี).....สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท

กรุณากรอกรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย นาย/นาง/นางสาว.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....เบอร์ติดต่อ.....

ถ้อยแถลงของพยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูลและลายมือชื่อของลูกค้ำว่าถูกต้องเป็นจริง

เขียนที่ วันที่.....เดือน.....ปี.....

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

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

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต ผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ :
• บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัย สำหรับในบางกรณี
• โปรด พลิ๊ก และ ลงนาม ให้ความยินยอมและรับทราบการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ด้านหลัง

ชื่อตัวแทน/นายหน้า..... รหัสตัวแทน.....รหัสหน่วย

5. แผนประกันภัย..... และความคุ้มครองเพิ่มเติม Plus 1 Plus 2

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่
	อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุ	

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ เสพ/เคยเสพ

10. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอ็ดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่

11. ช่องทางรับกรมธรรม์ E-Policy กระดาษ

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

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

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

สำหรับลูกค้า เพื่อเก็บเป็นข้อมูล