



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

411 อาคารยูทาวเวอร์ ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร. 0-2731-7727-28

U Tower, 411 Srinagarindra Road, Suanluang, Bangkok 10250 Tel. 0-2379-5099 Fax. 0-2731-7727 to 28

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

(สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย)

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์.....
- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว)..... เพศ ชาย หญิง
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.
สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย ชื่อคู่สมรส..... อาชีพคู่สมรส.....
เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... วันหมดอายุ.....
 หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....
 อื่น ๆ.....
- เป็นพนักงาน/สมาชิก ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ตำแหน่งและลักษณะงานปัจจุบัน.....

4. ที่อยู่และที่อยู่ปัจจุบัน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ข. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ค. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน

5. ผู้รับผลประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	อายุ	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือ เดินทาง/เอกสารที่หน่วยงาน ของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
.....
.....
.....

6. กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หน้าโรคต่อไปนี้ เฉพาะที่ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ ได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ถ้าไม่เคยไม่ต้องตอบข้อนี้)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ | <input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคประสาท |
| <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคจิต | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิต |
| <input type="checkbox"/> โรคต่อหีน | <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคชัก | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ | | |

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด ความเจ็บป่วย/การรักษา/แพทย์ผู้รักษาและสถานพยาบาลที่รักษา.....

คำถามข้อ 7-12 เป็นคำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ดังนี้

(ชื่อบริษัท/ จำนวนเงินเอาประกันภัย/ เงินชดเชยรายวัน/ ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่)

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ชื่อบริษัท/ สาเหตุ/ เมื่อใด)

9. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ตรวจอะไร/ เมื่อใด/ สถานที่ตรวจ/ ผลการตรวจ/ ข้อสังเกตโดยแพทย์)

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้ข้างต้น

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(อาการ/ วันเดือนปีที่รับการรักษา/ สถานพยาบาล/ ผลการรักษา)

11. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี

หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน | <input type="checkbox"/> นิ้ว | <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> ไข้เลือด | <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร | <input type="checkbox"/> ฟันคุด | <input type="checkbox"/> ไช้สอกอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน | <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> เชื้อนุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม | <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> ออทิสติก | <input type="checkbox"/> สมาร์สัน | <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ | |

หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดโรค/ วัน เดือน ปี ที่รักษา(ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์/ การรักษาและอาการปัจจุบัน/ สถานพยาบาลที่รักษา(หากระบุชื่อแพทย์ได้ให้ระบุ))

12. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี มี โปรดระบุ
- ถือสัญชาติอเมริกัน
- เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ไม่มี เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ไม่มี มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 20 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้า ไม่แถลงข้อความจริงบริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา

ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(สำหรับบริษัทฯ)

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่..... ใบรับรองเลขที่.....

จำนวนเงินเอาประกันชีวิต..... จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....

วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ..... วันครบรอบปีกรมธรรม์.....

ประเภทสมาชิก พนักงาน/สมาชิก คู่สมรส อื่นๆ (ระบุ).....