

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มประกันสินเชื่อ

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ
กรณีที่จำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง

ตามที่ข้าพเจ้าได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ในคำขอเอาประกันชีวิต เลขที่..... B000079
กับ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของ
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

- ❖ คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- ❖ คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) ภายใน 15 วัน หลังจากได้รับ
กรมธรรม์หนังสือรับรอง โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยคืนหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและ
ค่าใช้จ่ายของบริษัทละ 500 บาท
3. หากผู้เอาประกันภัยยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลา Free Look Period 15 วัน
ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเป็นเงินเวนคืนตามตารางในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวน
เงินเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. 02-516-3996-9 หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. 1188

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประเภทการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดย
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม

สทกรณ์ รักทะเล.....ลงนาม

()

(น.ส.สทกรณ์ รักทะเล)

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้ขอเอาประกันประกันชีวิต

วันที่.....เวลา.....น.



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก แขวงคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
 www.ocean.co.th E-mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888 โทรสาร 0 2207 8822

แบบประกัน คู่สมทรัพย์

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม
แบบคุ้มครองเงินเชื่อ (มีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)
(สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย)

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ
 อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
 ประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 หนังสือนับรวมเลขที่ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ B 0 0 0 0 7 9

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ผู้ให้กู้) สหกรณ์ออมทรัพย์ศูนย์ชีววิทยาทางทะเลภูเก็ต จำกัด

1 ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย (ผู้กู้ยืม)

ชื่อ-นามสกุล น.ส. สหกรณ์ รักทะเล อายุ 4 1 ปี
 วัน/เดือน/พ.ศ.เกิด 6 / 0 6 / 2 5 2 5
 เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า สัญชาติ ไทย อื่น ๆ []
 เลขประจำตัวประชาชนเลขที่ 0 9 9 4 0 0 0 7 7 8 6 6 0 หนังสือเดินทาง เลขที่ [] [] [] [] [] []
 วันหมดอายุ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] วันหมดอายุ [] [] [] [] [] []
 อาชีพ พนักงานราชการ ตำแหน่ง นักวิชาการประมง รายได้ต่อปี (บาท) 312,000

2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ 51 หมู่ที่ 8 หมู่บ้าน/อาคาร [] [] [] [] [] [] [] []	เลขที่ [] [] [] [] [] [] [] [] หมู่ที่ [] [] [] [] [] [] หมู่บ้าน/อาคาร [] [] [] [] [] [] [] []
ตรอก/ซอย ถนน ศักดิ์เดช	ตรอก/ซอย ถนน [] [] [] [] [] [] [] []
ตำบล/แขวง วิจิต อำเภอ/เขต เมือง	ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต [] [] [] [] [] [] [] []
จังหวัด ภูเก็ต รหัสไปรษณีย์ 8 3 0 0 0	จังหวัด รหัสไปรษณีย์ [] [] [] [] [] [] [] []
โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 090-7089081	โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ [] [] [] [] [] [] [] []
อีเมล tgc.0279@gmail.com	อีเมล [] [] [] [] [] [] [] []

2.2 เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกข้อใดข้อหนึ่ง)
 แบบรูปเล่มกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์โดยจัดส่งตามอีเมล (E-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

2.3 ท่านต้องการให้จัดส่งใบเสร็จรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย (ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัท
 สามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
 แบบรูปเล่มกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์โดยจัดส่งตามอีเมล (E-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ : สำหรับข้อ 2.2 และ 2.3 หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย
 ใบเสร็จรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยให้ท่านในรูปแบบเล่มและกระดาษ โดยจัดส่งเอกสารให้ท่านทางไปรษณีย์

3 แบบประกันภัย คู่สมทรัพย์ ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี) 5

จำนวนเงินรอผู้/ จำนวนเงินกู้ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย (บาท) 350,000
 ระยะเวลาผ่อนชำระ (เดือน/ปี) 60 จำนวนผ่อนชำระต่อเดือน (บาท) - อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ (%) 6.75
 จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) 350,000 เบี้ยประกันภัย (บาท) 2,560
 ชำระเบี้ยประกันภัย ชำระครั้งเดียว รายปี รายเดือน อื่น ๆ [] [] [] [] [] [] [] []

4 ผู้รับประโยชน์หลัก ได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่

คำนำหน้าชื่อ/ นามสกุล และเลขประจำตัวประชาชน/ เลขที่หนังสือเดินทาง เลขที่เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ของผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	โทรศัพท์	สัดส่วนผลประโยชน์ (%)
ด.ช.ปลการตุน รักทะเล 1 9 2 5 2 5 2 7 0 4 3 0 9	5	บุตร	51 หมู่ 8 ต.วิจิต อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000	-	100%

5 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด _____

ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

6 ท่านมี ส่วนสูง 165 ซม. น้ำหนัก 65 กก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 เพิ่มขึ้น _____ กก. ลดลง _____ กก.
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

7 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ปริมาณ _____ มวน/ วัน สูบมานาน _____ ปี
 สาเหตุ _____
 ไม่สูบบุหรี่/ ไม่เคย สูบ/ เคยสูบ
 เลิกสูบเมื่อไร _____

8 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ปริมาณ _____ แก้ว/ ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/ สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี
 ไม่ดื่ม/ ไม่เคย ดื่ม/ เคยดื่ม
 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 ชนิด _____
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ _____

9 ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ _____

10 ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา
 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อ วินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการ แนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด _____

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจรักษา	วันเดือนปีที่รักษา

11 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ว่า ไม่เคย เคย ถ้าเคยกรุณารอกข้อ 14
 ป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคเม็ดเลือดแดงเคียว	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> โรคข้อกระดูกอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด
<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคไตอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/ โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคต่อมกระเพาะ	<input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> ตีขาน	<input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> โรคนิ่ว
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคไขข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
			<input type="checkbox"/> พิกัดทางร่างกาย
			<input type="checkbox"/> โรคจิตเวช
			<input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท
			<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
			<input type="checkbox"/> ตาขาวขึ้นโตรม
			<input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง
			<input type="checkbox"/> โรคของต่อมไทรอยด์
			<input type="checkbox"/> โรคไข้หวัดใหญ่
			<input type="checkbox"/> โรคไข้หวัดใหญ่
			<input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

12 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี ถ้าเคยกรุณารอกข้อ 14

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> ปวดข้อหรือข้ออักเสบ
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ออกรางกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> จำเล็ด
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ
<input type="checkbox"/> ไตเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง		

13 เจาะสตรี
 ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ไม่ ตั้งครรภ์ เดือน
 ท่านเคยมีโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี ถ้าเคย/มีกรณารอกข้อ 14
 ท่านเคยมีอาการปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน ประจำเดือนมาผิดปกติ ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี ถ้าเคย/มีกรณารอกข้อ 14

14 หากค่าเฉลี่ยในข้อ 11-13 ระบุ "เคย" หรือ "มี" โปรดอธิบายรายละเอียดดังต่อไปนี้

โรค/ อาการ	วัน/ เดือน/ ปี ที่เริ่มมีอาการหรือรับการรักษา (ระบุถ้าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาล (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

การรับรองสถานะ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขออาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ	<input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน	<input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
			<input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา	
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศตามกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	<input type="checkbox"/> เคยเป็น และสิ้นสุดบังคับ	
	กรณีเป็น หรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่		วันบัตรหมดอายุ	
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี		

2. คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") ข้าพคุณพินหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีผลเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้ขออาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขออาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ 0994000778660
- ไม่มีความประสงค์

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขออาประกันภัยของผู้ขออาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขออาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขออาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ไว้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกาประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ในใจของข้าพเจ้า เพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.ocean.co.th/privacy-policy> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าแก่บริษัทเพื่อการขออาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.ocean.co.th/privacy-policy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

- (ง) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว ซึ่งรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) สหกรณ์ รักษะเล
(น.ส.สหกรณ์ รักษะเล)
ผู้ขอเอาประกันภัย

- 1 หากท่านยกเลิกสัญญาประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ชำระไว้
- 2 ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่งเพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
- 3 หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการให้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้วท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความข้างต้นในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบ นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

สำหรับเจ้าหน้าที่ _____

<input type="checkbox"/> Beginning	<input type="checkbox"/> Ending	เลขที่สัญญา
<input type="checkbox"/> New Loan	<input type="checkbox"/> Existing	วันที่อนุมัติสินเชื่อ
<input type="checkbox"/> Single Premium		วันที่เริ่มชำระค่าวง
<input type="checkbox"/> Monthly Premium		ชื่อพนักงาน
<input type="checkbox"/> เงินสด	<input type="checkbox"/> ผู้ค้ำเบีย	รหัสพนักงาน
<input type="checkbox"/>		สาขา
<input type="checkbox"/>		

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. ไทยสมุทรประกันชีวิต

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

กรณีที่มีการแก้ไข ชื่อวง ทุติยฉบับ ให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงนามกำกับทุกที่

คำชี้แจงสำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

Ref.1 คือ รหัสแบบประกัน

Ref.2 คือ เลขที่ใบคำขอ

จำนวนสดมภ์เงินฝาก

บาท

ต้นฉบับ ส่งกลับบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ _____
ที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

ดำเนินการในฐานะนายหน้าประกันชีวิต โดย บมจ. ไทยสมุทรประกันชีวิต เป็นผู้รับประกันตามเงื่อนไข

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) สหกรณ์ รักษะเล
(น.ส.สหกรณ์ รักษะเล)
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____
(_____)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(ลงชื่อ) _____
(_____)

พยาน





แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
CRS Self-Certification Form for Individual Customer

ส่วนที่ 1 การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทย Part I CRS Self-Certification Form			
1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* เฉพาะในประเทศไทย ใช่หรือไม่ Do you have tax residence* only in Thailand? (กรณีท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีนอกเหนือจากประเทศไทย โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ) (In case you have tax residence in countries other than Thailand, please specify in English)			<input checked="" type="checkbox"/> ใช่/Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่/No
ผู้ขอเอาประกันภัย (คำนำหน้าชื่อ-นามสกุล) Insurance Applicant (title, name-surname) น.ส.สทภรณ์ รักทะเล		เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย Application Form No.	
สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ) Place of Birth (city and country) เมืองภูเก็ตประเทศไทย		วัน เดือน ปี เกิด Date of Birth 6 มิ.ย.2525	
<p>* "ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ</p> <p>* "Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion. โปรดตอบ "ไม่ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทย และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษี และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง</p> <p>You must answer "No" if you have tax residence in countries other than Thailand and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below.</p> <p>หากท่านตอบว่า "ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้ If your answer is "Yes", continue in Part 2.</p>			
ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล ก, ข หรือ ค If no taxpayer identification number (TIN) available, enter Reason A, B or C.	หากท่านเลือกเหตุผล ข โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN) if you select Reason B
เหตุผล (ก) : ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษี Reason (A) : The country where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN).			
เหตุผล (ข) : ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้) Reason (B) : You are otherwise unable to obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)			
เหตุผล (ค) : ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้นไม่ได้บังคับจัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี) Reason (C) : Taxpayer identification number (TIN) is not required (Note: Only select this reason only if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of TIN issued by such jurisdiction)			

ส่วนที่ 2 การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ
Part 2 Confirmation and Change of Status

1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลที่ท่านให้ในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
You confirm that the information provided by you in this form is true complete, accurate and current.
2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ได้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ไทยสมุทร ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัทฯ" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้าไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate, or incomplete, Ocean Life Insurance Public Company Limited ("Company") shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของข้าพเจ้าที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่ปัจจุบัน และในกรณีที่ผู้รับมีการร้องขอเอกสารข้อมูล/คำยินยอมเพิ่มเติม ท่านตกลงที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จตามที่ได้รับการร้องขอภายในเวลาที่บริษัทฯ กำหนด
You agree to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that causes the information provided in this form to be incorrect, incomplete, or not current, or within the timeline that the Company has requested for additional document/ information/ consent.
4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน สมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate, or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้งดเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with me or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ แล้ว เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

By signing in the space below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท
Scan to read the Company's Privacy Policy

สทกรณ รัททะเล

(น.ส.สทกรณ รัททะเล)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้เอาประกันภัย
Insurance Applicant/Insured

()
ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Giving Consent as Legal Representative
/Legal Guardian of the Insurance Applicant/Insured
(In case the insurance applicant/insured is a minor)

เอกสารแนบใบคำขอเอาประกัน

1.สำเนาบัตรประชาชน (จำนวน 1 ฉบับ)

2.สำเนาทะเบียนบ้าน (จำนวน 1 ฉบับ)

3.ผู้รับประโยชน์ในข้อ 5 ให้สมาชิกเขียนชื่อ - นามสกุล พร้อมหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก แบบหลักฐานของผู้รับประโยชน์

3.1 บัตรประชาชน (สูติบัตรกรณีเด็กไม่มีบัตรประชาชน) (จำนวน 1 ฉบับ)

3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน (จำนวน 1 ฉบับ)

3.3 ใบจดทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

3.4 สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

หมายเหตุ เลขบัตรประจำตัวประชาชนและวันหมดอายุในหน้าที่ 2 ให้สมาชิกเขียนหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ของผู้ขอทำประกัน(ผู้กู้)

ผู้รับผลประโยชน์ในข้อ 5 ถ้าผู้รับไม่ได้จดทะเบียนสมรสให้ระบุว่า ภรรยาไม่ได้จดทะเบียนสมรส