



**ข่าวดี**

**ขยายอายุรับประกันภัย  
ตลอดชีพ 90/1**

เรียน พนักงานและพ่้ายขายชั้นชุงประกันชีวิตทุกท่าน

เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและเพิ่มโอกาสในการแข่งขันของบริษัทฯ ให้มากขึ้น บริษัทฯ จึงได้มีการอนุมัติให้ขยายอายุรับประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยแบบชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว แบบตลอดชีพ 90/1 ตามระเบียบสายงานการเงินที่ *สบ. 27-010/2566 เรื่อง การปรับปรุงการขาย กรมธรรม์ประกันภัยแบบตลอดชีพ 90/1 (ขยายอายุรับประกันภัย) สำหรับเสนอขายผ่านช่องทาง ตัวแทนประกันชีวิตและนายหน้าประกันชีวิต*

โดยมีเงื่อนไขการปรับปรุง ดังนี้

อายุรับประกันภัย	
เดิม	ใหม่
1 วัน - 60 ปี	1 วัน - <b>70 ปี</b>

อายุรับประกันภัย	อัตราเบี้ยฯ ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท
1 วัน - 20 ปี	950
21 ปี - 40 ปี	970
41 ปี - <b>70 ปี</b>	990

มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 เป็นต้นไป



โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากระเบียบที่ *สบ.27-010/2566* ที่แนบมาพร้อมกันนี้

People.  
Love

# จ่ายเบี้ยครั้งเดียว คุ้มครองชีพ

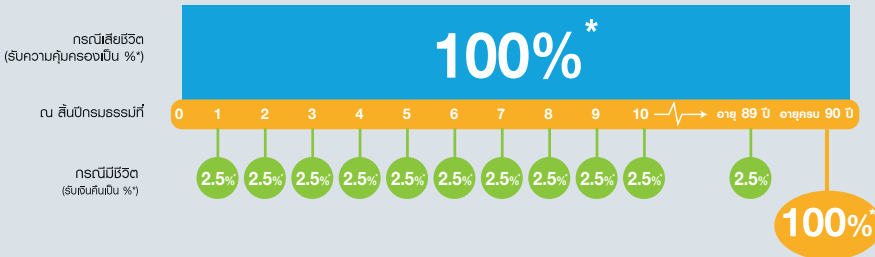
คุ้มครองสูงสุด

# 100 ล้านบาท

## ตลอดชีพ 90/1

ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ให้ความคุ้มครองถึงอายุ 90 ปี

ผลประโยชน์และความคุ้มครอง แบบประกันภัยตลอดชีพ 90/1 (ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว)



\*ของจำนวนเงินเอาประกันภัย



หมายเหตุ : แบบตลอดชีพ 90/1 เป็นเรื่องการตลาด ชื่อที่ปรากฏในกรมธรรม์ คือ ชัยชุงชังทิลพรวิเยียม 90

SAMSUNG  
LIFE INSURANCE

SAMSUNG

# โครงการตลอดชีพ 90/1

## ชำระเบี้ยครั้งเดียว ให้ผลตอบแทนทุกปี



- ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
- รับเงินคืน 2.5% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยทุกปี จนถึงอายุ 89 ปี
- ครบกำหนดสัญญา รับเงินคืน 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
- ความคุ้มครองชีวิต 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันภัยไปหักลดหย่อนภาษีได้ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด สูงสุดถึง 100,000 บาท

**ตัวอย่าง : ลูกค้าเพศหญิง อายุ 30 ปี ประกันชีวิตกับโครงการตลอดชีพ 90/1**  
**จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว 970,000 บาท**  
**ตารางผลประโยชน์รวมตลอดสัญญา**

ปีกรมธรรม์	เบี้ยประกันภัย ณ ต้นปีกรมธรรม์	ผลประโยชน์ ณ สิ้นปีกรมธรรม์		เงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย
		%	จำนวนเงิน	
1	970,000	2.50%	25,000	815,000
2		2.50%	25,000	817,000
3		2.50%	25,000	818,000
4		2.50%	25,000	820,000
5		2.50%	25,000	821,000
6		2.50%	25,000	823,000
7		2.50%	25,000	824,000
8		2.50%	25,000	826,000
9		2.50%	25,000	828,000
10		2.50%	25,000	830,000
...		...	...	..
59 (อายุ 89)		2.50%	25,000	969,000
60 (อายุ 90)		100.00%	1,000,000	
รวม	970,000	247.50%	2,475,000	

ผลประโยชน์รวมตลอดสัญญา **2,475,000** บาท

หัก เบี้ยประกันภัยชำระครั้งเดียว **970,000** บาท

**ผลต่างของผลประโยชน์ 1,505,000** บาท

### ข้อกำหนดการรับประกันภัย

- อายุที่รับประกันภัย 1 วัน ถึง อายุ 60 ปี
- จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 500,000 บาท สูงสุด 100,000,000 บาท ต่อผู้เอาประกันภัย 1 ราย
- **ไม่ต้องตรวจสุขภาพ ไม่ต้องตรวจสุขภาพ ไม่ต้องตรวจ HIV ทุกอายุ ทุกพื้นที่**  
กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมแบบตลอดชีพ 90/1 ไม่เกิน 20,000,000 บาท
- ต้องตรวจสุขภาพและพิจารณารับประกันภัยตามข้อกำหนดของบริษัทฯ  
กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมแบบตลอดชีพ 90/1 มากกว่า 20,000,000 บาท

### อัตราเบี้ยประกันภัยชำระครั้งเดียว ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท

1 วัน - 20 ปี	950 บาท
21 - 40 ปี	970 บาท
41 - 60 ปี	990 บาท

หมายเหตุ 1. แบบตลอดชีพ 90/1 เป็นชื่อทางการตลาด ชื่อที่ปรากฏในกรมธรรม์ คือ ชัมชุงซิงเกิลพรีเมียม 90

2. เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ ความคุ้มครอง และเงื่อนไขต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์

คำเตือน **ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตทุกครั้ง**

บริษัท ชัมชุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

2922/222-227 ชั้น 15 อาคารพาณิชย์สีลมระฆาต 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

SAMSUNG  
LIFE INSURANCE



ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ  
(ชนิดไม่มีค่าถามสุขภาพ)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ \_\_\_\_\_  
ชื่อตัวแทน / นายหน้า \_\_\_\_\_  
ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_  
ผู้บริหารตัวแทน \_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)  
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาลวออิสสระทาวเวอร์ 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</p> <p>เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย</p> <p>ชื่อภรรยา/สามี _____ เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____</p> <p>เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____</p>	<p>ส่วนสูง _____ ซม.</p> <p>น้ำหนัก _____ กก.</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 _____</p> <p>โทรศัพท์บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ _____ โทรศัพท์มือถือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ _____</p> <p>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" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)</th> <th style="width:10%;">อายุ</th> <th style="width:10%;">ความสัมพันธ์</th> <th style="width:30%;">เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้</th> <th style="width:15%;">ที่อยู่</th> <th style="width:10%;">ร้อยละของ ผลประโยชน์</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	ร้อยละของ ผลประโยชน์																		
ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์																				
<p>5. แบบประกันภัย _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท เบี้ยประกันภัย _____ บาท</p> <p>งวดการชำระเบี้ยประกันภัย</p> <p><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</p> <p>ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี</p> <p>กรณีมีเงินคืนตามสัญญา / เงินปันผล ขอเลือกรับเป็น</p> <p>(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง บริษัทฯ จะจ่ายเป็นเช็ค)</p> <p><input type="checkbox"/> เช็ค</p> <p><input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่ _____ (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์)</p> <p><input type="checkbox"/> คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม (เฉพาะแบบประกันที่มีเงินปันผล (Par) เท่านั้น)</p>																									
<p>จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ _____ บาท</p> <p>ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____</p> <p>ชำระเป็น <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ (แบบใบ pay - in)</p> <p><input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรเครดิต เลขที่ _____ ชื่อเจ้าของบัตร _____</p> <p>ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ _____</p> <p><b>คำเตือน</b> หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น</p>																									
<p>6. ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>(ชื่อ-นามสกุลเดิม _____) เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า</p> <p>อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____</p> <p>เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____</p> <p>ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ อาชีพ _____</p> <p>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____</p> <p><b>โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย</b></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”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม 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 ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ ตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย 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**