

# พีเอ พลัส

## ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Person Accident)

อุบัติเหตุ นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความควบคุมของเราเพียงคนเดียว แต่อยู่ที่สภาพแวดล้อมหรือบุคคลอื่นด้วย เพราะต่อให้เรามีความรอบคอบและไม่ประมาทเป็นอย่างดีแล้ว แต่ถ้าสภาพแวดล้อมเกิดบกพร่องหรือคนอื่นประมาท เราก็มีโอกาสได้รับความเสียหาย โดยที่เราคาดไม่ถึงด้วยเช่นเดียวกัน

**พีเอ พลัส** กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- **คุ้มครองการเสียชีวิตและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะ หรือสายตาเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **ชดเชยรายได้จากการทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ**
  - ✦ **เพิ่มความคุ้มครองค่าปลงศพสำหรับการเสียชีวิตจากทุกกรณี**
  - ✦ **ขยายความคุ้มครองการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง**
    - จากอุบัติเหตุสาธารณะ ● จากการขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์ ● จากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย
    - จากการนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล
- **เบี้ยประกันภัยสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้**

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

2922/222-227 ชั้น 15 อาคารพาณิชย์สิริทาวเวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกอกปี 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

SAMSUNG

# ฟิว พลัส

ความคุ้มครองและผลประโยชน์	ฟิว พลัส 10,000	ฟิว พลัส 20,000
1. เสียชีวิตทุกกรณี	110,000 ค่าปลงศพ*	220,000 ค่าปลงศพ*
2. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ: สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ <ul style="list-style-type: none"> <li>เสียชีวิต</li> <li>ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง</li> <li>สูญเสีย มือสองข้าง หรือเท้าสองข้าง หรือสายตาสองข้าง</li> <li>สูญเสีย มือหนึ่งข้างและเท้าหนึ่งข้าง หรือมือหนึ่งข้างและสายตาด้านหนึ่งข้าง หรือเท้าหนึ่งข้างและสายตาด้านหนึ่งข้าง</li> <li>สูญเสีย มือหนึ่งข้าง หรือเท้าหนึ่งข้าง หรือสายตาด้านหนึ่งข้าง</li> </ul>	200,000 + 1 200,000 200,000 200,000 120,000	400,000 + 2 400,000 400,000 400,000 240,000
3. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ (ไม่เกิน 52 สัปดาห์)	500 ต่อสัปดาห์	700 ต่อสัปดาห์
4. ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายตามจริง สูงสุดต่อครั้ง)	25,000 ต่อครั้ง	30,000 ต่อครั้ง
5. คุ้มครองอุบัติเหตุสาธารณะ:	400,000 + 1	800,000 + 2
6. ขยายความคุ้มครอง จากข้อ 2. เนื่องจากสาเหตุดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>จากการขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์</li> <li>จากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย</li> <li>จากการนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล</li> </ul>	75,000 + 1 200,000 + 1 200,000 + 1	150,000 + 2 400,000 + 2 400,000 + 2

บริษัทฯ จะจ่ายค่าปลงศพ 1 หรือ 2 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตเท่านั้น  
\*ผลประโยชน์ ค่าปลงศพ มีระยะเวลารอคอย 180 วัน นับจากวันที่มีพลับกับครั้งแรก หากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยภายในระยะเวลาดังกล่าว จะไม่มีสิทธิได้รับเงินผลประโยชน์ค่าปลงศพ

เบี้ยประกันรายต่อปี	ฟิว พลัส 10,000	ฟิว พลัส 20,000
เบี้ยประกันรายต่อปี สำหรับอายุ 16 - 60 ปี เบี้ยประกันรายต่อปีสำหรับหลักลดหย่อนภาษี	1,500 1,129	2,300 1,514
เบี้ยประกันรายต่อปี สำหรับอายุ 61 - 65 ปี เบี้ยประกันรายต่อปีสำหรับหลักลดหย่อนภาษี	1,800 1,352	2,700 1,772
เบี้ยประกันรายต่อปี สำหรับอายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น) เบี้ยประกันรายต่อปีสำหรับหลักลดหย่อนภาษี	2,200 1,647	3,200 2,093
เบี้ยประกันรายต่อปีสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ตามที่สรรพากรกำหนด ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 315		

## เงื่อนไขการพิจารณารับประกันภัย

- ไม่ต้องตรวจสุขภาพ • อายุรับประกันภัย 16 – 65 ปี ต่ออายุได้ถึงอายุ 70 ปี • รับประกันภัยเงินอาชีวะ 1 – 2 และรับเฉพาะภัยมาตรฐานเท่านั้น
- จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดเมื่อรวมกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลทุกกรมธรรม์ต้องไม่เกิน 4,000,000 บาท และไม่เกิน 5 เท่าของรายได้ต่อปี
- สามารถซื้อได้ 1 แผน ต่อผู้เอาประกันภัย 1 ราย

### รายละเอียดการจ่ายแก่อาชีวะ สำหรับแบบประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ฟิว พลัส

**อาชีพชั้น 1 ผู้ประกอบอาชีพในสำนักงาน (ไม่มีความเสี่ยงในสำนักงานแต่อย่างใด) ได้แก่**  
นักเรียน - นักศึกษา • ข้าราชการ • ครู • อาจารย์ • แคชเชียร์ (พนักงานเก็บเงิน) • ผู้บริหารองค์กรธุรกิจ • แพทย์ (ยกเว้น ศัลยแพทย์/ทันตแพทย์/สัตวแพทย์) • นักบัญชี • พนักงานการเงิน • นักกฎหมาย • ผู้พิพากษา • อัยการ (ไม่ได้ออกนอกสถานที่) • จิตรกร (ในสำนักงาน) • สถาปนิก • ผู้จัดการและเสมียน (บริษัทนำสินค้าเข้า - ออก ซึ่งมีหน้าที่ในสำนักงานเท่านั้น/ธนาคาร/บริษัทประกัน/บริษัทเดินเรือ) • ฯลฯ

**อาชีพชั้น 2 ผู้ประกอบอาชีพควบคุมในสำนักงาน หรือต้องมีกรออกนอกสถานที่ ได้แก่**  
ผู้แทน • ผู้จัดการ (บริษัทท่องเที่ยว/โรงแรม/โรงงาน/โรงพยาบาล/ภัตตาคาร) • ผู้จัดการบริษัทรักษาความปลอดภัย • ผู้จัดการฝ่ายศิลป์ • ผู้จัดการฝ่ายผลิต • ศัลยแพทย์ • ทันตแพทย์ • สัตวแพทย์ • เกษิกกร • นางผดุงครรภ์ • นางพยาบาล • นักเคมี • พนักงานขาย • เซลล์แมน • พนักงานจัดสินค้า • พนักงานขายของหน้าร้าน • พนักงานเก็บเงิน (ที่ปฏิบัติงานหลายอย่าง) • ศุลกากรักษ์ (ทำงานนอกสถานที่) • เจ้าของและพนักงาน (ร้านเสื้อผ้า/ร้านเพชรพลอย/ร้านทอง) • นักดนตรี • นักร้อง • เจ้าของ (กองมรดก/บ้านจัดสรร/บ้านเช่า/สวน (ไม่ได้ลงมือทำ)) • ช่างภาพ • นักข่าว • ผู้ตรวจการ (รัฐบาล/ธุรกิจ) • นักกฎหมาย - นายความ (ออกนอกสำนักงาน) • เจ้าหน้าที่สินเชื่อ • เจ้าหน้าที่ประมวลงานทั่วไป • ศึกษาพิเศษฯ ฯลฯ

**อาชีพที่ไม่รับประกัน**  
• คนงานก่อสร้างตึกสูง หอคอย คนงานปั้นฉนวน คนเรียงอิฐ งานก่อสร้าง พนักงานสร้างเขื่อน • งานเกี่ยวกับการวางสาย/ซ่อมบำรุง (ต่อสาย พาดสายบนเสาไฟฟ้า ใต้ดิน อุโมงค์) • กรรมกร (ทำความสะอาดท่อระบายน้ำ อยู่ในโรงโม่หิน ในโรงงานผลิตแก๊ส วัตถุระเบิด และอื่นๆ) • ก่อสร้างอุโมงค์แรงดันอากาศ • คนขนทราย (กรรมกร) • กรรมกรทำความสะอาดท่อระบายน้ำ • กรรมกรในธุรกิจโรงงานผลิตแก๊ส วัตถุระเบิด และอื่นๆ • กิ่งหวัดกรรม นักมวยไทย ชิมก้างงู กีฬาทางน้ำ สก๊อตเตอร์ นักประดาน้ำ นักแข่งรถ ล่าสัตว์ • ชาวประมง (ยกเว้นทำงานบนฝั่งเท่านั้น) • ขนส่งทางทะเล (คนประจำคาค้า คนดับเพลิง หน่วยกู้ภัยเรืออับปาง) • งานโฆษณา (คนติดตั้งป้าย/เรือป้ายในที่สูง) • คนติดตั้งเสาอากาศในที่สูง (วิทยุ โทรศัพท์) • ทหาร ตำรวจ ทหารลาดตระเวน (ยกเว้นผู้ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานซึ่งไม่มีความเสี่ยง เช่น อธิการ การเงิน) • นักบิน (พลประจำเฮลิคอปเตอร์ ประจำการใกล้ชายแดน) กองบินตำรวจ • กรมประมงล่าวางกลาง • หน่วยป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปฏิบัติหน้าที่ในเขตแทรกซึม • พนักงานดับเพลิง/คนดับเพลิง • ขับรถบรรทุกแก๊ส • ผู้แสดงบนเวที/แสดงแทนดารา แสดงภาคโฆษณา • ละครส์ตีว/ผู้แสดงกับสัตว์ดุร้าย • อาชีพที่ไม่ถูกกฎหมายหรือส่อไปในทางทุจริต • อาชีพอื่นๆ บางอาชีพที่เสี่ยงภัยสูง ซึ่งบริษัทฯ ไม่สามารถรับประกันชีวิตในอัตราปกติได้ โดยบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์พิจารณาเป็นรายๆ ไป

**ภัยที่ไม่รับประกันการรับประกันภัย**  
ร่างกายพิการ วิกฤตจิต สติเฟื่องเพี้ยน สุขภาพไม่ดี หรือมีโรคประจำตัวที่อันตราย เช่น โรคหัวใจ วันโรค มะเร็ง ความดันโลหิตผิดปกติ เบาหวาน ลมบ้านหมู ข้ออักเสบ เป็นผู้ติดยาเสพติด หรือดื่มสุราเป็นประจำ หรือเคยถูกลอบทำร้ายจากผู้อื่นโดยเจตนา หรือมีสำเนาอยู่ในท้องที่ที่ไม่มีแพทย์แผนปัจจุบัน หรือเป็นบุคคลล้มละลาย

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ ความคุ้มครอง และเงื่อนไขต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์  
คำเตือน พู้อหรือควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง

ใบอนุญาต



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

## ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ช่องทางการขาย  ตัวแทน/นายหน้า  อิเล็กทรอนิกส์

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี  กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_ (ชื่อ-นามสกุลเดิม \_\_\_\_\_)  
เพศ  ชาย  หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_/\_\_/\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี สัญชาติ \_\_\_\_\_ ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก.  
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า เอกสารที่ชี้แจงแสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่น ๆ \_\_\_\_\_  
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีชาวต่างชาติ \_\_\_\_\_ วันบัตรหมดอายุ \_\_\_\_\_  
ชื่อ ภรรยา/สามี \_\_\_\_\_

#### 2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ข. ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ค. สถานที่ทำงาน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อ \_\_\_\_\_ อาคาร \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_  
ถนน \_\_\_\_\_ แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน อีเมล ระบุ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์บ้าน  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ที่ทำงาน  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_

จ. เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้บริษัทจัดส่งเอกสารต่อไปนี้ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

ประเภทเอกสาร	กระดาษ	อิเล็กทรอนิกส์
กรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใบเสร็จรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. กรณี อิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมลที่ไว้กับบริษัท  
2. ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น  
3. หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งเอกสารข้างต้นในรูปแบบกระดาษ โดยจัดส่งให้ทางไปรษณีย์

3. อาชีพประจำ \_\_\_\_\_ ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_  
ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี (บาท) \_\_\_\_\_

4. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  ตนเอง  ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย  
(ตอบคำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในข้อ 5)

5. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_  
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีชาวต่างชาติ \_\_\_\_\_ วันบัตรหมดอายุ \_\_\_\_\_

สถานที่ติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย  ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัย  ที่อยู่อื่น โปรดระบุ \_\_\_\_\_  
เลขที่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ติดต่อคือ \_\_\_\_\_

อาชีพประจำ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี (บาท) \_\_\_\_\_

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุค่านำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์



7. <input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี			
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา 16.30 น.		สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 16.30 น.	
<input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน			
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา 16.30 น.		กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติวันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย	
8. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ <input type="checkbox"/> แผน			
ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)			
ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร(อ.บ. 2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน _____ สัปดาห์			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน _____ สัปดาห์			
ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน			
ข้อ 6. ขาดเขยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน _____ วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ			
9. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติม ดังนี้			
ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)	
9.1 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1)			
9.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2)			
9.3 การโดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3)			
9.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4)			
9.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5)			
9.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5)			
9.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)			
9.8 อื่น ๆ โปรดระบุ _____			
<b>เบี้ยประกันภัย รวมทั้งสิ้น</b>			
10. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ			
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท			
โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น			
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
11. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง			
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
12. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
13. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นประจำ			
14. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน _____ วัน			
ลักษณะการบาดเจ็บ _____			
ผลการรักษา _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา _____			
15. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?			
15.1 โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	
15.2 โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	
15.3 ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	
15.4 โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	
15.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	
15.6 โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	
15.7 โรคเอดส์	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	

16. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ถ้ามี โปรดระบุ _____
17. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ถ้ามี โปรดระบุ _____
18. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	ถ้าเคยโปรดระบุ _____
19. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	ถ้าเคยโปรดระบุ _____

**ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_

ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 3 ข้อความยินยอมยินยอม แลก หรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
  - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้วตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตาม นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
  - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) ..... (ลงชื่อ) .....

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

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อยู่ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) ..... (ลงชื่อ) .....

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

พยาน ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

(ลงชื่อ) ..... ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(.....) (กรณีสผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

พยาน

## ส่วนที่ 4 คำเตือน

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
2. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียงและ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง สำหรับช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยานมีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต
3. เพื่อป้องกันการไม่นำส่งเงินค่าเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัท การชำระเบี้ยประกันภัยต้องชำระโดยตรงเข้าบัญชีธนาคารของบริษัทเท่านั้น พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ชำระเงินในเอกสารการชำระเงินให้ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการคืนเงินให้แก่ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความส่วนที่ 1 - 4 ในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ผู้ขอเอาประกันภัยที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยในฐานะ  
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน

\*\* กรณีมีการแก้ไข ชัดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่