

3. ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมาน้ำเหลืองโต โรคผิวหนังเรื้อรัง ไข้ ไม่เคย เคย
เรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่มีอาการ	อาการปัจจุบัน

4. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย
หากเคย โปรดระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี
เลิกเสพเมื่อ _____

5. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่เคย เคย
หากเคย โปรดระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี
เลิกดื่มเมื่อ _____

6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่เคย เคย
การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

อาการ	วันเดือนปีที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

7. ภรรยา/สามีของท่านเคยเป็น หรือตรวจพบว่าเป็น โรคเอดส์ (HIV) หรือไม่ ไม่เคย เคย

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือ ไม่เคย เคย
การขอกลับสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

ข้อความยืนยันอันอภัยแลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิต
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิตได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิต หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีอากรที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ _____

ไม่มีความประสงค์

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่งเพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ ป.ป.ช. จำกัด วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(พยาน)

(ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)



คำแถลงว่าด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของเอไอเอและการให้ความยินยอมเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ชื่อและนามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย _____

(ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา / มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ให้ความยินยอม)

เอไอเอ ประเทศไทย และบริษัทในเครือ (“เอไอเอ” “เรา” “พวกเรา” “ของเรา”) ตระหนักถึงความรับผิดชอบของเรา ในเรื่องของการเก็บรวบรวม การใช้ การเปิดเผย รวมถึงการประมวลผลและการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลในประการอื่นๆ

คุณค่าที่บริษัทในกลุ่มบริษัทเอไอเอ (“กลุ่มบริษัทเอไอเอ”) ยึดถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสิ่งหนึ่ง คือ ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นที่มีให้แก่เราในเรื่องการจัดการข้อมูลอย่างเหมาะสม ถูกคาคาดหวังให้เราเก็บรักษาข้อมูลของลูกค้าอย่างถูกต้อง และปกป้องข้อมูลเหล่านั้นจากการใช้ในทางที่ผิดและความผิดพลาด ตลอดจนปกป้องข้อมูลจากการถูกโจรกรรม และไม่ให้ข้อมูลดังกล่าวถูกเปิดเผยโดยไม่มีการรับรองหรือรับประกันอย่างถูกต้อง

คำแถลงว่าด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลฉบับนี้ (“คำแถลงว่าด้วยความเป็นส่วนตัว”) เป็นการแจ้งให้ท่านได้ทราบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกเก็บรวบรวมอย่างไร ข้อมูลส่วนบุคคลใดที่จะมีการเก็บรวบรวม วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม การใช้ การเปิดเผย หรือการโอนข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ผู้ที่เราอาจจะเปิดเผยหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไปให้ ตลอดจนวิธีการเข้าถึง แก้ไข และวิธีการขจัดสิทธิของท่านในการดำเนินการประการอื่นๆ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ ท่านจะต้องอ่านและทำความเข้าใจคำแถลงฉบับนี้ ก่อนให้ความยินยอมแก่เรา ในการเก็บรวบรวม การใช้ การเปิดเผย และการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในประการอื่นๆ หากท่านอายุน้อยกว่า 20 ปี บิดามารดา หรือ ผู้ปกครองของท่านจำเป็นต้องให้ความยินยอมเป็นการเพิ่มเติม

เราเก็บข้อมูลส่วนบุคคลอย่างไร

เราอาจรวบรวมและเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านโดยวิธีต่อไปนี้

- เมื่อท่านซื้อหรือใช้ ประกันชีวิต ประกันกลุ่ม รวมทั้งผลิตภัณฑ์และบริการของเรา หรือเมื่อท่านเข้าถึงหรือใช้เว็บไซต์ หรือ แอปพลิเคชัน และบริการต่างๆ ทางออนไลน์ บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ หรือทางโทรศัพท์ หรือบริการอื่นๆ ของเราหรือของบุคคลใด (“ผลิตภัณฑ์” หรือ “บริการ”)
- เมื่อท่านส่งเอกสารและใบคำขอเอาประกันภัยเพื่อซื้อหรือใช้ หรือเมื่อพิจารณาจะซื้อหรือใช้ ผลิตภัณฑ์หรือบริการต่างๆ ของเรา
- เมื่อท่านส่งคำร้องขอให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงผลิตภัณฑ์ของท่าน หรือคำร้องขออื่นใดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ของท่าน รวมถึงการส่งแบบฟอร์มและเอกสารเกี่ยวกับการขอรับบริการที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์
- เมื่อท่านตอบกลับข้อสอบถามของเราหรือเมื่อท่านร้องขอให้เราติดต่อท่าน
- เมื่อท่านติดต่อกับบุคลากร เจ้าหน้าที่บริการลูกค้า พนักงานขาย ตัวแทน นายหน้า คนกลางประกันภัย ผู้รับจ้าง คู่ค้า ผู้ให้บริการ หรือบุคคลอื่นหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องของเอไอเอ หรือกลุ่มบริษัทเอไอเอ และผู้แทนไม่ว่ารายใดๆ ของบุคคลหรือหน่วยงานดังกล่าว (เรียกรวมกันว่า “บุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอ”) ผ่านทางเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน สื่อสังคมออนไลน์ โทรศัพท์ อีเมล การพบปะกันโดยตรง การส่งข้อความ SMS โทรสาร ไปรษณีย์ หรือโดยวิธีการอื่นๆ
- เมื่อเราได้รับการแนะนำลูกค้า หรือเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากบุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอ
- เมื่อท่านส่งข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่เราเพื่อเข้าร่วมในการจับสลาก การประกวด งานอีเวนต์ หรือการแข่งขันต่างๆ ที่จัดขึ้นโดยหรือในนามเอไอเอ หรือบุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอ หรือ
- เมื่อเราขอข้อมูลจากบุคคลภายนอกเกี่ยวกับท่าน ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะการได้รับข้อมูลจากการตรวจสอบ แหล่งข้อมูลสาธารณะ แหล่งข้อมูลส่วนตัว หรือแหล่งข้อมูลเชิงพาณิชย์ เว็บไซต์ แอปพลิเคชันแหล่งข้อมูลสื่อสังคมออนไลน์ ผู้ให้บริการข้อมูล (data providers) แหล่งข้อมูลทางการแพทย์ สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล แพทย์ บุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขอื่น องค์การธุรกิจประกันภัยอื่น หรือสมาคมหรือสมาพันธ์ของธุรกิจ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ของท่าน ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับผลิตภัณฑ์ของท่าน การรับประกันความเสียหายของผลิตภัณฑ์ของท่าน การร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ และ/หรือผลิตภัณฑ์และบริการของเอไอเอที่ใช้หรือซื้อโดยท่าน (“แหล่งข้อมูลที่เป็นบุคคลภายนอก”)
- เมื่อเราขอข้อมูลจากบุคคลภายนอกเกี่ยวกับท่านเพื่อวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามกฎระเบียบและเพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการกำกับดูแลในประการอื่นๆ

การที่ท่านให้ข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอกแก่เรา (ซึ่งบุคคลภายนอกดังกล่าว รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงผู้เอาประกันภัย บุคคลที่ท่านไว้วางใจ สมาชิกในครอบครัว หรือผู้รับประโยชน์) ท่านรับรองและรับประกันความถูกต้องของข้อมูลส่วนบุคคลนั้น และรับรองและรับประกันว่าท่านได้แจ้งให้บุคคลเหล่านั้นทราบอย่างครบถ้วนแล้วเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม การใช้ การเปิดเผย และการโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลภายนอกเหล่านั้นโดยเราเพื่อวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องต่างๆ และได้ได้รับความยินยอมจากบุคคลภายนอกดังกล่าวก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลภายนอกแล้ว ยกเว้นหากกฎหมายและกฎระเบียบที่ใช้บังคับ ไม่ได้กำหนดให้ต้องได้รับความยินยอมนั้น

ในขอบเขตสูงสุดตามที่กฎหมายอนุญาต ท่านตกลงเพิ่มเติมที่จะดำเนินการให้เราได้บริการขอข้อมูลอย่างเต็มที่ จากและต่อความเสียหาย ความสูญเสีย ค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายทางกฎหมาย การลงทะเบียน และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดำเนินการด้านคดี ไม่ว่าในประการใดที่ป้องกัน ซึ่งรวมถึงค่าปรับ หรือเงินอื่นใดๆ ที่เรียกเก็บ เรียกปรับ หรือเก็บโดยหน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่มีอำนาจออกกฎระเบียบ ที่เกิดจากหรือเกี่ยวข้องกับภาระหน้าที่หรือการละเว้นไม่กระทำของงาน (หรือของเจ้าหน้าที่ พนักงาน ผู้ให้บริการ ตัวแทน หรือผู้แทนของท่าน) ความผิดหรือความประมาทของท่านในการปฏิบัติหน้าที่เหล่านั้น หรือที่ส่งผลให้เราฝ่าฝืนกฎหมายที่ใช้บังคับ

เราเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอะไร

ข้อมูลส่วนบุคคลที่เราเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย (ซึ่งรวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และฉบับปรับปรุงแก้ไขตามที่จะมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นคราวๆ และกฎหมายและกฎระเบียบที่ใช้บังคับอื่นๆ) รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลต่อไปนี้

- ข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนของท่านได้ เช่น ชื่อ นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง หมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่เพื่อจัดส่งไปรษณีย์ และรายละเอียดข้อมูลติดต่ออื่นๆ วันเกิด อาชีพ ภูมิลำเนา สถานภาพทางการสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับผู้อยู่ในอุปการะของท่าน ข้อมูลทางชีวภาพ และเสียงที่บันทึกไว้
- ข้อมูลทางการเงิน เช่น รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับภาษี เลขบัญชีธนาคาร รายละเอียดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของบัญชีธนาคาร รายละเอียดเกี่ยวกับบัตรเครดิต รายละเอียดเกี่ยวกับเงินกู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการลงทุน และรายละเอียดเกี่ยวกับการชำระหนี้อื่นๆ
- ข้อมูลเกี่ยวกับการจ้างงานและประวัติการทำงานของท่าน
- ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลทางการแพทย์ของท่าน เช่น ประวัติการรักษาพยาบาล การตรวจทางการแพทย์ การสืบสวนทางการแพทย์ ประวัติการขอคำปรึกษา การส่งจ่ายยา บันทึกรักษา รายละเอียดการบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ รายงานทางการแพทย์ รายงานการชันสูตรพลิกศพ และรายละเอียดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์
- ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการดำเนินคดีความทางแพ่งหรืออาญาของท่าน เช่น ประวัติอาชญากรรม บันทึกเกี่ยวกับการดำเนินคดีไม่ว่าทางแพ่ง หรือ การดำเนินคดีอื่นๆ
- รายละเอียดผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ ที่ท่านเคยซื้อจากเอไอเอ หรือองค์กรธุรกิจประกันภัยอื่นๆ เช่น หมายเลขกรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัย การเปลี่ยนแปลง/การทำธุรกรรมเกี่ยวกับกรมธรรม์ วิธีการจ่ายเบี้ยประกัน ประวัติการชำระเบี้ยประกัน หรือประวัติเกี่ยวกับการกู้ยืมเงิน ผู้รับประโยชน์ ชื่อผู้จ่าย การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สถานะเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินและการป้องกันและปราบปรามการสนับสนุนเงินแก่การก่อการร้าย และ สถานะล้มละลาย กฎหมายสหรัฐอเมริกาว่าด้วยการป้องกันมิให้บุคคลธรรมดาและนิติบุคคลที่มีสถานะเป็นบุคคลอเมริกันหลีกเลี่ยงภาษี (Foreign Account Tax Compliance Act: FATCA) รายงานของตำรวจ และคำสั่งศาล



- ข้อมูลทางเทคนิค และกิจกรรมส่วนบุคคล/ลักษณะการใช้งานที่ท่านชอบ เมื่อท่านใช้เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน และแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ชื่อเรียกตัวตนเฉพาะของลูกค้ำที่ใช้บนแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ ที่อยู่อีเมล ประเภทและเวอร์ชันของเบราว์เซอร์ การตั้งค่าเขตเวลา ประเภทของปลั๊กอินในเบราว์เซอร์ ระบบปฏิบัติการและแพลตฟอร์ม ข้อมูลผู้ใช้ (user profile) ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ (รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เคลื่อนที่ เลขซีเอ็มไอ (IMEI) ข้อมูลเครือข่ายไร้สายและข้อมูลเครือข่ายทั่วไป) และ
- ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลภายนอกที่ท่านให้แก่เราที่เกี่ยวกับการซื้อ หรือ การใช้ผลิตภัณฑ์และบริการของเรา หรือเพื่อการแนะนำลูกค้า

การให้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเป็นเรื่องที่กระทำได้โดยสมัครใจ ท่านอาจเลือกที่จะไม่ให้ข้อมูลที่เราร้องขอ แต่การไม่ให้ข้อมูลดังกล่าว อาจกระทบต่อการทำธุรกิจของเรากับท่าน หรือต่อการตอบสนองข้อร้องขอต่างๆ ของท่านได้

วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม การใช้ หรือการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

- จะมีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล หรือ ข้อมูลส่วนบุคคลอาจถูกนำไปใช้ เปิดเผย หรือโอน เพื่อวัตถุประสงค์ ต่อไปนี้
- เพื่อเสนอ ขาย จัดทำ บริหารจัดการ ดำเนินการ ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการ และจัดการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของเราให้แก่ท่าน
- เพื่อปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการ จัดการ ทำให้แล้วเสร็จ และ ทำให้เกิดผลซึ่งข้อร้องขอ หรือ ธุรกิจที่ระบุในเอกสารนี้ หรือ เอกสารอื่นใดที่ท่านอาจส่งให้กับเราเป็นครั้งคราว รวมทั้งแต่ไม่จำกัดเฉพาะการประเมินความจำเป็นทางการเงินของท่าน และการแนะนำผลิตภัณฑ์และบริการที่เหมาะสมให้แก่ท่าน การปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการเกี่ยวกับใบคำขอเอาประกันสำหรับผลิตภัณฑ์ การจัดการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ของท่าน การเก็บเบี้ยประกัน และ เงินค้ำชำระจากท่าน การสืบสวน วิเคราะห์ ประมวลผล และการจ่ายค่าสินไหมทดแทน/การจ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ภายใต้กรมธรรม์ของท่าน และการต่ออายุ ปรับปรุงแก้ไข ยกเลิก หรือการประกันภัยต่อ
- การใช้สิทธิใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ของท่าน ซึ่งรวมถึงสิทธิในการรับช่วงสิทธิ (หากมี)
- การออกแบบผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ของเรา หรือการเสริมเพิ่มเติมผลิตภัณฑ์และบริการที่มีอยู่ของเรา
- การประกันภัยต่อสำหรับผลิตภัณฑ์และบริการของเราให้แก่ท่าน
- การติดต่อสื่อสารกับท่าน ซึ่งรวมถึงการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการและข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบัญชีใดๆ ที่ท่านอาจมีกับเรา การให้การสนับสนุนทางเทคนิคเกี่ยวกับเว็บไซต์และแอปพลิเคชันของเรา หรือการสื่อสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่จะมีขึ้นต่อค่าเฉลี่ยฉบับนี้ในอนาคต
- การทรวัดตลาด การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง และการทำวิจัยเชิงสถิติหรือคณิตศาสตร์ประกันภัย การรายงานหรือการประเมินผลทางการเงินที่จัดทำขึ้นโดยเอไอเอ กลุ่มบริษัทเอไอเอ บุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอ หรือหน่วยงานกำกับดูแลที่เกี่ยวข้องกับเรา
- การสืบสวนหรือป้องกันการกระทำที่เกี่ยวกับการฉ้อโกง และการกระทำผิดอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำผิดจริงหรือการกระทำที่สงสัยว่าจะเป็นการกระทำผิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการติดต่อสื่อสารกับบริษัทต่างๆ ในธุรกิจบริการทางการเงินและการประกัน ตลอดจนเพื่อการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานกำกับดูแลที่เกี่ยวข้องกับเรา
- เพื่อวัตถุประสงค์ในการปรับโครงสร้างองค์กร และ การทำธุรกรรมขององค์กร
- เพื่อให้ท่านสามารถเข้าถึงเนื้อหาในเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์หนึ่งๆ เป็นกรณีเฉพาะ
- เพื่อการติดตามพฤติกรรมของท่าน เช่น พฤติกรรมการใช้เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ การทำการวิเคราะห์การใช้งานเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ของท่าน และการทำความเข้าใจลักษณะการใช้งานที่ท่านชอบ เพื่อจัดทำเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์เหล่านั้นให้เหมาะสมกับท่านโดยเฉพาะ เพื่อดำเนินการ หรือประเมิน และปรับปรุงเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์เหล่านั้น หรือผลิตภัณฑ์และบริการของเรา การแก้ไขปัญหาดังกล่าว การแนะนำผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวข้อง และการจัดโฆษณาบนเว็บไซต์ แอปพลิเคชัน และช่องทางอื่นๆ ตามกลุ่มเป้าหมาย
- เพื่อการปฏิบัติตามกฎหมาย และการตรวจสอบธุรกิจของเอไอเอ (ซึ่งการตรวจสอบภายในและภายนอก)
- เพื่อการดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดภายใต้นโยบายภายในของเอไอเอที่ยึดถือปฏิบัติ
- เพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บ บันทึก สำรอง หรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล
- เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบายที่บังคับ ซึ่งกำหนดขึ้นโดยหน่วยงานกำกับดูแลของรัฐ หน่วยงานที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานรัฐ หน่วยงานที่มีหน้าที่ระงับข้อพิพาท หรือหน่วยงานที่ดูแลธุรกิจประกันภัย ไม่ว่าหน่วยงานใดก็ตาม
- เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย และกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.oic.or.th>)
- เพื่อการให้ความช่วยเหลือเพื่อวัตถุประสงค์ของการบังคับใช้กฎหมาย การสืบสวนโดยเราหรือในนามของเรา โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือโดยหน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแลอื่นๆ ในประเทศหรือเขตการปกครองใดๆ และ การดำเนินการตามหน้าที่ในการรายงาน และ ข้อกำหนดต่างๆ ตามที่กฎหมายกำหนด หรือ ตามที่มีการตกลงเห็นชอบกับหน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแลอื่นๆ ในประเทศหรือเขตการปกครองใดๆ
- เพื่อวัตถุประสงค์ในด้านคุณภาพและการฝึกอบรม เมื่อมีการบันทึกการติดต่อสื่อสารของเรา
- เพื่อการดำเนินการด้านการจัดการทั่วไปอันเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ต่างๆ ข้างต้น และ
- เพื่อการดำเนินการอื่นๆ ที่จำเป็น ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับวัตถุประสงค์ใดๆ ข้างต้น

เว้นแต่กฎหมายและกฎระเบียบที่ใช้บังคับจะอนุญาตให้กระทำเป็นอย่างอื่น เราจะขอความยินยอมจากท่าน หากเราประสงค์จะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด นอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ในตำแหน่งข้างต้นด้วยความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ หรือนอกเหนือไปจากวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตำแหน่งนี้

ในส่วนของผลิตภัณฑ์ของเรา สำหรับการให้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมการขายหรือวัตถุประสงค์ทางการตลาด กรุณาดูหัวข้อ "การใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ในการทำการตลาดทางตรง"

บุคคลใดบ้างที่เราอาจให้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกรักษาไว้เป็นความลับ แต่ทั้งนี้ ในกรณีที่กฎหมายที่ใช้บังคับอนุญาตให้กระทำได้ หรือกรณีที่การเปิดเผยดังกล่าวมีความจำเป็นเพื่อให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล หรือวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับท่านนั้น เราอาจให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นแก่บุคคลต่างๆ ดังต่อไปนี้

- บุคคลใดก็ตามที่ได้รับอนุญาตให้กระทำในฐานะบุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอ เพื่อทำการขาย จัดจำหน่าย หรือให้บริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการที่เสนอโดยเอไอเอ หรือบริษัทในกลุ่มบริษัทเอไอเอให้แก่ท่าน
- ผู้ถือกรมธรรม์ (ในกรณีประกันกลุ่ม)
- บุคคลใดก็ตามที่ได้รับรางวัลจาก หรือ เข้าทำสัญญาเพื่อปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอดังกล่าว เพื่อทำการขาย จัดจำหน่าย หรือให้บริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการที่เสนอโดยเอไอเอ หรือบริษัทในกลุ่มบริษัทเอไอเอให้แก่ท่าน
- บุคคลใดก็ตามที่ได้รับอนุญาตให้กระทำในฐานะบุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอ เพื่อช่วยส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการของเอไอเอ ที่มีบริการเสนอ/ขายให้แก่ท่าน เช่น บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทจัดการการลงทุน สถาบันจัดอันดับความน่าเชื่อถือ บริษัทต่างๆ ซึ่งทำการสืบสวน หรือคู่ค้ารายอื่นๆ
- บุคลากรและคู่ค้าของเอไอเอ ไม่ว่ารายใดก็ตาม ซึ่งให้บริการเกี่ยวกับการจัดการต่างๆ การให้บริการประมวลผลข้อมูล บริการเกี่ยวกับกระบวนการทางธุรกิจ บริการเกี่ยวกับการชำระเงินทางทวงหนี้ หรือ การหักบัญชีหลักทรัพย์ บริการโทรคมนาคม บริการด้านเทคโนโลยี บริการคลาวด์ บริการจัดหาผู้รับจ้างปฏิบัติงาน บริการคอลเซ็นเตอร์ บริการจัดเก็บของ การดำเนินการเกี่ยวกับเอกสาร บริการเก็บบันทึกข้อมูล บริการสแกน บริการรับส่งไปรษณีย์ บริการจัดพิมพ์ บริการส่งพัสดุหรือบริการรับส่งพัสดุโดยพนักงานรับส่งพัสดุ บริการวิเคราะห์ข้อมูล บริการทำการตลาด บริการทำการวิจัย บริการบริหารจัดการเหตุฉุกเฉิน หรือบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการด้านธุรกิจของเอไอเอ หรือการจัดให้มีการบริหารจัดการการดำเนินการ การปฏิบัติตามขั้นตอน หรือการจัดการต่างๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของเอไอเอให้แก่ท่าน
- องค์กรธุรกิจประกัน

- สมาคมหรือสหพันธ์ในภาคธุรกิจ
- หน่วยงานที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย คณะกรรมการต่างๆ ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแล หน่วยงานที่มีหน้าที่ระงับข้อพิพาท หรือบุคคลอื่นใดในประเทศหรือเขตการปกครองใดๆ ที่เอไอเอ หรือบริษัทในกลุ่มบริษัทเอไอเอต้องเปิดเผยข้อมูลให้ (ก) ตามหน้าที่ตามกฎหมายและ/หรือตามหน้าที่ในการปฏิบัติตามกฎระเบียบในประเทศหรือเขตการปกครองนั้นหรือประเทศหรือเขตการปกครองอื่นใด ที่ใช้บังคับกับบริษัทนั้นๆ ในกลุ่มบริษัทเอไอเอ หรือ (ข) ตามข้อตกลง หรือ นโยบายระหว่างบริษัทในกลุ่มบริษัทเอไอเอกับรัฐ หน่วยงานกำกับดูแล หรือบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- บริษัทใดๆ ในกลุ่มบริษัทเอไอเอ
- ผู้ให้คำปรึกษาของเอไอเอซึ่งเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ อาทิเช่น หน่วยงาน ผู้ตรวจสอบบัญชี หรือที่ปรึกษา
- บุคคลหรือหน่วยงานใดๆ ที่ท่านให้ความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านต่อบุคคลหรือหน่วยงานนั้นๆ ได้
- บุคคลหรือหน่วยงานอื่นใดที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- บุคคลภายนอกอื่นๆ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร

ในบางครั้งคราว เราอาจเข้าซื้อหรืออาจจำหน่ายธุรกิจ หรือ มากกว่าหนึ่งธุรกิจ (บางส่วนของธุรกิจ) ของเรา และเพื่อวัตถุประสงค์ในการนี้ และเท่าที่กฎหมายที่ใช้บังคับอนุญาตให้กระทำได้ ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านอาจถูกโอนหรือเปิดเผย โดยเป็นส่วนหนึ่งของการซื้อหรือขายดังกล่าว หรือเป็นส่วนหนึ่งของการเสนอซื้อหรือเสนอขาย

ในกรณีที่เราซื้อธุรกิจ ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับมาจากธุรกิจนั้นจะถูกดำเนินการตามค่าเฉลี่ยว่าด้วยความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ หากสามารถกระทำได้ในทางปฏิบัติและหากได้รับอนุญาตให้กระทำเช่นนั้นได้ ในกรณีของการขายธุรกิจ เราจะระบุในสัญญาซื้อขายธุรกิจให้ผู้ซื้อดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเช่นเดียวกับที่กำหนดไว้ในค่าเฉลี่ยว่าด้วยความเป็นส่วนตัวฉบับนี้

การโอนข้อมูลไปยังประเทศอื่น/การโอนข้อมูลข้ามประเทศ

ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านอาจถูกโอนไป ถูกจัดเก็บไว้ หรือประมวลผลในประการอื่นโดยเอไอเอ หรืออาจถูกส่งให้แก่บุคคลหรือหน่วยงานใดๆ ชั่วต้น ซึ่งอาจมีที่ตั้งหรืออาจให้บริการอยู่ในประเทศไทยหรือนอกประเทศไทย ทั้งนี้ หากกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้กำหนดไว้ เราอาจขอให้ท่านให้ความยินยอมต่อการโอนข้อมูลดังกล่าวออกนอกประเทศไทย ไปยังสถานที่ดำเนินการต่างๆ ของเรา หรือไปยังบุคคลภายนอกที่เราจะแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ตามที่ระบุข้างต้น ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน จะถูกโอนไปยังสถานที่อื่นที่มีระดับการคุ้มครองข้อมูลสูงและความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลของท่านอยู่ในระดับที่น่าพอใจเท่านั้น ซึ่งอย่างน้อยที่สุดต้องเทียบได้กับระดับความคุ้มครองในประเทศหรือเขตการปกครอง หรือดินแดน ที่ท่านได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคล

ความปลอดภัยและการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล

เอไอเอมีมาตรการความปลอดภัยอันเหมาะสม เพื่อใช้ในการป้องกันการเข้าถึง การประมวลผล การลบ การสูญหาย หรือการใช้งานโดยไม่ได้รับอนุญาตหรือโดยไม่ได้ตั้งใจ เอไอเอจะลบหรือทำลายข้อมูลของท่านภายใน 11 ปีนับจากสิ้นสุดความสัมพันธ์กับท่าน หรือนานกว่านั้น หากมีการกำหนดให้ต้องปฏิบัติเป็นประการอื่น

สิทธิของท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและช่องทางความคิดต่อ

ท่านมีสิทธิดำเนินการต่อไปนี้

- ตรวจสอบว่าเอไอเอมีข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ เกี่ยวกับท่านหรือไม่ และท่านมีสิทธิเข้าถึง หรือขอรับสำเนาของข้อมูลใดๆ ดังกล่าว และ/หรือเข้าถึงข้อมูลว่าเอไอเอใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านอย่างไร
- ขอให้เอไอเอทำการแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่าน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง
- ขอให้จำกัดการดำเนินการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในบางสถานการณ์
- ขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในบางสถานการณ์
- ขอให้ระงับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเป็นการชั่วคราวในบางสถานการณ์
- เพิกถอนความยินยอมของท่านหรือร้องขอให้เปลี่ยนแปลงขอบเขตความยินยอมของท่าน
- ขอให้เพิกถอนการลงทะเบียนบัญชีหรือลบบัญชีของท่านที่ลงทะเบียนไว้ (ถ้ามี)
- ร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลของเอไอเอดำเนินการ และ
- สอบถามเกี่ยวกับนโยบายและการปฏิบัติของเอไอเอ เกี่ยวกับเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล

ท่านสามารถส่งคำร้องขอเข้าถึงข้อมูล ขอแก้ไข และขอร้องเรียน หรือคำร้องขออื่นๆ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่านมาได้ที่ เอไอเอ คอลเซ็นเตอร์ โทร 1581

ตามกฎหมายและกฎระเบียบที่ใช้บังคับ เราอาจมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล สำหรับบริการดำเนินการเกี่ยวกับคำร้องขอในเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล ข้างต้น และท่านมีสิทธิยื่นข้อร้องเรียนต่อคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล หากท่านเห็นว่าการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายที่ใช้บังคับ

หากท่านสงสัยว่ามีกรณีละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล โปรดแจ้งมาที่เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเอไอเอ (Data Protection Officer: DPO) ผ่านเอไอเอ คอลเซ็นเตอร์ โทร 1581 หรืออีเมลมาที่ datapivacy@aia.com หรือติดต่อมาตามที่อยู่ปรากฏด้านล่างนี้

บริษัท เอไอเอ จำกัด
181 ถนนสุรวงศ์
แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก
กรุงเทพฯ 10500

ผลของการเพิกถอนความยินยอม

ท่านอาจเพิกถอนความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ รักษาไว้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน (หรือบางส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน) ตามที่ระบุไว้ในค่าเฉลี่ยว่าด้วยความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ โดยการแจ้งให้เราทราบอย่างเหมาะสม

หากท่านเพิกถอนความยินยอมของท่าน ที่ยินยอมให้เราเก็บรวบรวม ใช้ รักษาไว้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน อันเนื่องมาจากเหตุผลที่ไม่ใช่สำหรับการดำเนินการด้านการตลาด เราอาจไม่สามารถดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ หรือบริการ และ/หรือบริหารจัดการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ของท่าน หรือความสัมพันธ์ของท่าน และ/หรือ บัญชีของท่านที่มีกับเราได้ ในกรณีนี้ ท่านอาจได้รับบริการหรือให้ของขวัญ หรือ บอกละเอียดหรือ บัญชีต่างๆ ทั้งหมดของท่าน หรือเกิดออกจากการไปแกรมใดๆ ก็ตามที่ท่านกำลังเข้าร่วมอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ท่านเสียประโยชน์ เนื่องจากท่านอาจสูญเสียผลประโยชน์อันมีค่าที่จะได้รับจากกิจกรรมของท่าน หรือ จากการเข้าร่วมในโปรแกรมใดๆ หรืออาจมีค่าใช้จ่ายสำหรับการถอนคืน หรือ ท่านอาจไม่สามารถได้รับความคิดเห็นหรือรางวัลในระดับเดียวกับความคุ้มครองตามเงื่อนไขเดิมในอนาคตได้อีก

การแก้ไขเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยว่าด้วยความเป็นส่วนตัวฉบับนี้

ไม่ว่าในเวลาใดก็ตามและโดยไม่มีข้อบอกกล่าว เอไอเอ ขอสงวนสิทธิ์ในการเพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง ปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนค่าเฉลี่ยว่าด้วยความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ เท่าที่กฎหมายอนุญาต โดยเพียงแจ้งการเปลี่ยนแปลง การปรับปรุง หรือการปรับเปลี่ยนดังกล่าวแก่ท่านเท่านั้น การแจ้งนั้นสามารถทำได้ทางอีเมล หรือวิธีการสื่อสารทั่วไปวิธีอื่นๆ

แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ

Common reporting Standard (CRS) สำหรับบุคคลธรรมดา

CRS Self-Certification form for individuals

แบบฟอร์มนี้ทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลสถานะถิ่นที่อยู่ทางภาษี (Tax resident) ของลูกค้าผู้ถือบัญชี บริษัท เอไอเอ จำกัด ("บริษัท") มีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมและรายงานข้อมูลของผู้ถือบัญชี เพื่อปฏิบัติตามกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์ให้ประเทศไทยสามารถปฏิบัติตามพันธกรณีและข้อผูกพันในการแลกเปลี่ยนข้อมูลภาษีอากรและข้อมูลบัญชีทางการเงินตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร

This is a self-certification form to collect information regarding the tax residency status of each Account Holder. AIA Company Limited (the "Company") is required to collect and report selected information in compliance with the law which enables Thailand to comply with its obligations to exchange tax and financial accounting information in accordance with international agreements on taxation.

ส่วนที่ 1 - ข้อมูลการระบุตัวตนสำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

Part 1 - Your identification

- ชื่อและนามสกุล (Name and Surname):
- ที่อยู่เพื่อใช้ในการติดต่อ (Contact address): (เหมือนกับข้อมูลที่แสดงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต, Same as information provided in the application form)
- สัญชาติ (Nationality):
กรณีถือสัญชาติมากกว่า 1 สัญชาติ โปรดระบุทุกสัญชาติที่ท่านถือให้ครบถ้วน (Please specify all of your nationality if you have more than 1 nationality)
- วันเกิด (วัน/เดือน/ปี พ.ศ. เกิด) Date of Birth (dd/mm/yyyy): (เหมือนกับข้อมูลที่แสดงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต Same as information provided in the application form).....
- สถานที่เกิด (ประเทศ/เมือง) Place of Birth (Country/City):

ส่วนที่ 2 - ข้อมูลถิ่นที่อยู่ทางภาษี

Part 2 - Your tax residence

กรุณากรอกข้อมูลในตารางด้านล่างนี้ เพื่อระบุประเทศที่เป็นถิ่นที่อยู่ทางภาษีของท่าน (ประเทศที่ท่านถือเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากร) และเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของท่านในแต่ละประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี (ถ้ามี) ในกรณีที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่า 3 ประเทศ กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารเพิ่มเติม

Please complete the following table indicating your tax residence country or countries (i.e. where you are treated as a resident of the country for purposes of its income tax) and your Taxpayer Identification Number (TIN) (if any) for each country indicated. If your tax resident is more than three countries, please use a separate sheet.

ในกรณีที่ท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลตามข้อ ก ข หรือ ค ดังต่อไปนี้

If a TIN is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C as indicated below:

เหตุผล ก - ประเทศที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษีไม่มีการออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

Reason A -- The country where I am subject to income tax as a resident does not issue TINs

เหตุผล ข - ข้าพเจ้าไม่สามารถขอรับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรือเลขอื่นใดที่เทียบเท่ากันได้ (กรุณาอธิบายเหตุผลเพิ่มเติมว่าทำไมท่านจึงไม่ได้รับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น ในตารางด้านล่างหากท่านเลือกเหตุผลนี้)

Reason B -- I am otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN in the below table if you have selected this reason)

เหตุผล ค - ไม่จำเป็นต้องให้หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี เนื่องจากกฎหมายภายในของประเทศที่ออกหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีนั้น ไม่กำหนดให้สถาบันการเงินเก็บรวบรวมและรายงานเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

Reason C -- No TIN is required because the tax residence jurisdiction that issued the TIN does not require a Financial Institution to collect and report the TIN.

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of tax residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี TIN	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผล (ก ข หรือ ค) If no TIN available, please provide reason (A, B or C).
1.		
2.		
3.		

กรณีที่ท่านเลือกเหตุผลข้อ ข ในตารางข้างต้น โปรดอธิบายในส่วนต่อไปนี้อย่างละเอียดว่าเหตุใดท่านจึงไม่สามารถขอรับหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี



Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B above.

[.....]

ส่วนที่ 3 - รับรองคำแถลง

Part 3 - Your declaration

1. ถ้อยคำทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่ข้าพเจ้าทราบ
All statements I made in this form are, to the best of my knowledge, correct and complete.
2. ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกผู้เอาประกันภัย หรือ สมาชิกผู้ถูกเอาประกันภัยของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม ในกรมธรรม์ที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้
I am the member of group insurance policy which this form relates.
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่กรมสรรพากรเพื่อเป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดตามพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <http://www.aia.co.th/privacy>
I acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my Personal Data to the Revenue Department to comply with requirements set forth in the Emergency Decree Re: Exchanging information to comply with international agreements on taxation B.E. 2566, in accordance with the Privacy Policy of the Company as appeared on <http://www.aia.co.th/privacy>.
4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่นที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน
I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(s) may be provided to exchange with tax authorities of another country(ies) / jurisdiction(s) in which I may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.
5. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสถานะของถิ่นที่อยู่ทางภาษีของข้าพเจ้าตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ให้ไว้กลายเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง โดยจะแจ้งปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันต่อบริษัทภายใน 30 วันหลังจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
I will advise AIA Company Limited of any change in circumstances which affects my tax residency status declared in this form or causes the information contained herein to become incorrect, and to provide AIA Company Limited with a suitably updated self-certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.

ลงชื่อ: วันที่:

Signature

Date



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 สำนักงานใหญ่
 123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
 โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
 www.thaillife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104



12345678900

ถ้าเดือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
 ประกันภัย (กปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
 ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
 ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวล
 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบสมัครสมาชิกผู้เอาประกันภัย
 ใบคำขอเลขที่.....
 กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....
 หนังสือรับรองเลขที่.....
 รหัสแบบประกันภัย.....

สำหรับธนาคาร / สถาบันการเงินอื่น ๆ / สหกรณ์ เพื่อกรอกข้อมูล

ประเภทสินเชื่อ	<input type="checkbox"/> กู้บ้าน	<input checked="" type="checkbox"/> กู้สามัญ / กู้ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
แผนประกันภัย	แบบทุนลดลง <input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง A	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง B	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง C อัตราดอกเบี้ย.....%
	แบบทุนคงที่ <input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง E	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง F	<input type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง G
ชื่อสหกรณ์ออมทรัพย์..... ป.ป.ช. จำกัด..... ชื่อตัวแทน..... เลขที่ใบอนุญาต.....			

ใบคำขอเอาประกันชีวิตคุ้มครองสินเชื่อ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน
 อื่น ๆ.....เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....
 วันบัตรหมดอายุ.....ชื่อภรรยา/สามี.....
- ที่อยู่และที่ทำงาน
 ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
 ข. สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
 ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ(ในประเทศไทย) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ.....รับราชการ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
 ลักษณะธุรกิจ.....หน่วยงานราชการ.....
 อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....ลักษณะธุรกิจ.....
- วัตถุประสงค์ในการขอสินเชื่อ.....
 ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
 ผู้กู้ร่วม ไม่มี มี.....คน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 1..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 2..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 3..... ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
- ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
 แบบอัตราดอกเบี้ย.....% จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท งวดชำระเบี้ยประกันภัย (ชำระครั้งเดียว)
- ผู้รับประกันได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประกันภัยนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกันภัยนี้ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประกันภัย	อายุ	ความสัมพันธ์	ผลประโยชน์ร้อยละ	ที่อยู่
สหกรณ์ออมทรัพย์ ป.ป.ช. จำกัด		เจ้าหนี้		361 ถนนทพบุรี ต.ท่าทราย อ.เมือง จ.นนทบุรี

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุ ของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียด)บริษัท.....เมื่อ.....
8. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เคย เคย ปริมาณ.....ความถี่..... เล็กเสพเมื่อ.....
9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม ดื่ม ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เล็กดื่ม เมื่อ.....
10. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ สูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี เล็กสูบ เมื่อ.....
11. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
- หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาดังรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคไตรอยด
<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

14. การรับรองสถานะ
- ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามีโปรดระบุ
- ถือสัญชาติอเมริกัน
 - เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 - ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี
- ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

15. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA ในกรณีนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้นหากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าวบริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันด้วยถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันความประสงค์ขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

เขียนที่... สหกรณ์ออมทรัพย์ ป.ป.ช. จำกัด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<p>1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้</p> <p>2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย</p>	<p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ใบอนุญาตเลขที่.....</p>
<p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัย</p>	<p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>



ไทย
ประกัน
ชีวิต

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่.....

โดยการทำเครื่องหมาย ลงในช่อง และลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้

ข้าพเจ้า (ด.ญ./ด.ช./นาย/นางสาว) ผู้ขอเอาประกันภัย
โดย(นาย/นาง/นางสาว)ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
ขอยืนยันถ้อยแถลงในใบคำขอเอาประกันและยินยอมให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูล
ส่วนบุคคล ภายใต้ขอบเขตวัตถุประสงค์ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริง
ทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูล
สุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต
สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ
ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ
หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอ
เอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษา
รับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติ
ตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ในหวงของข้าพเจ้า เพื่อการขอ
เอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน
[<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต
และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ.
ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณา
รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้า
ให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้
เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.thailife.com/PrivacyPolicy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ยืนยันถ้อยแถลงและให้ความยินยอม (ส่วนที่ 1)

ส่วนที่ 2 : การให้ความยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหว ได้แก่ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือข้อมูลที่มีความอ่อนไหวอื่นที่กฎหมายกำหนดของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ซึ่งรวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่น และ/หรือยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ผู้ประมวลผลข้อมูล ในนามบริษัท หรือที่บริษัทว่าจ้าง บริษัทในเครือและพันธมิตรทางธุรกิจ เพื่อการวิเคราะห์ประมวลผล การพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ การดำเนินกิจกรรมทางการตลาดแบบตรง การสื่อสารด้านการตลาด ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอพิเศษ ข้อมูลส่งเสริมการขายและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัท บริษัทในเครือและพันธมิตรทางธุรกิจ ซึ่งรวมถึงการส่งข้อมูลดังกล่าวเพื่อให้บริการหรือการทำการตลาดในต่างประเทศ การนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ ดิจิทัล จดหมายหรืออีเมล เป็นต้น การจัดการด้านสิทธิประโยชน์และการให้บริการ หรือประชาสัมพันธ์โครงการหรือกิจกรรมของบริษัท เช่น กิจกรรมเพื่อสังคม ผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงการเก็บข้อมูลการเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าว

ให้ความยินยอม (ส่วนที่ 2)

หมายเหตุ :

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถถอนความยินยอมข้างต้นได้ทุกเมื่อ แต่การถอนความยินยอมจะไม่กระทบซึ่งสิทธิของบริษัทในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ตามฐานทางกฎหมายอื่นภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



**Thai
Life
Insurance**

Thai Life Insurance Public Company Limited
123 Ratchadaphisek Road, Din Daeng, Bangkok 10400, Thailand
Tel. +66 2247 0247 Fax. +66 2246 9946
www.thailife.com Registration No. 0107555000104

CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English.)

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

1. Insurance Applicant / Insured (title, name - surname)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ - นามสกุล)

2. Application Form No. / Policy No.

เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย

3. Do you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S.? Please provide details in section 3.1 to 3.6

ท่านเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ ถ้า "ใช่" โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางข้อ 3.1 ถึง 3.6

Yes / ใช่ No / ไม่ใช่

3.1 Place of Birth (city and country)

สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)

City / เมือง Country / ประเทศ

3.2 Current Address / (ที่อยู่ปัจจุบัน)

House No. / เลขที่..... Village / หมู่บ้าน..... Building / อาคาร..... Floor / ชั้นที่.....

Village No. / หมู่ที่..... Road / ถนน..... Sub-district / ตำบล / แขวง.....

City or town / อำเภอ / เขต..... Province / จังหวัด.....

Country / ประเทศ..... Postal Code / รหัสไปรษณีย์.....

If a TIN is unavailable, please provide the appropriate reason A, B or C as defined below:

Reason (A) - The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

Reason (B) - You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)

Reason (C) - Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

หากท่านไม่สามารถระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ โปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือซี ตามที่ระบุไว้ด้านล่าง:

เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น

เหตุผล (บี) - ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)

เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)

3.3 Country of Tax Residence ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี	3.4 Foreign Taxpayer Identification Number (TIN) หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ	3.5 If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C. หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ บี หรือ ซี	3.6 If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN). หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้
		<input type="checkbox"/> A (เอ) <input type="checkbox"/> B (บี) <input type="checkbox"/> C (ซี)	
		<input type="checkbox"/> A (เอ) <input type="checkbox"/> B (บี) <input type="checkbox"/> C (ซี)	
		<input type="checkbox"/> A (เอ) <input type="checkbox"/> B (บี) <input type="checkbox"/> C (ซี)	
		<input type="checkbox"/> A (เอ) <input type="checkbox"/> B (บี) <input type="checkbox"/> C (ซี)	
		<input type="checkbox"/> A (เอ) <input type="checkbox"/> B (บี) <input type="checkbox"/> C (ซี)	

4. Confirmation and Change of Status

การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

4.1 You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.

4.2 You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Thai Life Insurance 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.

4.3 You agree to notify and provide relevant document to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.

4.4 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.

4.1 ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

4.2 ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัทฯ” มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

4.3 ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน

4.4 ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน 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 you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

By signing 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.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

For more information about the Company’s Privacy Policy and the rights of the data subject, please visit the website, <https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>, or scan this QR code.

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



Signature (ลงชื่อ).....
(.....)

Signature (ลงชื่อ).....
(.....)

Date (วันที่).....

Date (วันที่).....

Applicant / ผู้ขอเอาประกันภัย

Person giving consent as the legal representative, or parent of the applicant, if the applicant is a minor / ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



บริษัท โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร. 02 650 1400 tokiomarine.com เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ

สัญญาเลขที่.....

โครงการ สหกรณ์ออมทรัพย์ ป.ป.ช. จำกัด	แผนความคุ้มครอง (Coop)
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... (ข้อมูลพนักงานชาย).....	<input checked="" type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง <input type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย เพศ ชาย หญิง
สัญชาติ อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (Passport) เลขที่..... วันหมดอายุ.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน		
เลขที่	หมู่บ้าน/อาคาร	หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์
2.2 ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน		
เลขที่	หมู่บ้าน / อาคาร	หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์
2.3 ที่อยู่สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน		
ชื่อสถานที่ทำงาน	เลขที่ อาคาร	หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์
สถานที่สะดวกในการติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input checked="" type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน		
โทรศัพท์มือถือ	อีเมล	

3. อาชีพประจำ...รับราชการ.....ลักษณะงานที่ทำ..... ลักษณะธุรกิจ...หน่วยงานราชการ... รายได้ต่อปี.....บาท
4. วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติบาท ระยะเวลาผ่อนชำระ..... (เดือน /ปี) ค่าวงดที่ผ่อนชำระสินเชื่อ.....บาทต่อเดือน
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย..... (เดือน/ปี) ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย..... (เดือน /ปี)
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว รายปี รายเดือน เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท
จำนวนเงินเอาประกันภัยที่อนุมัติอาจต่างจากจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ โปรดตรวจสอบจำนวนเงินเอาประกันภัยจากหนังสือรับรองการประกันชีวิต
5. ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆ กัน
ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง 5.1.....ความสัมพันธ์.....ร้อยละของผลประโยชน์.....
5.2.....ความสัมพันธ์.....ร้อยละของผลประโยชน์.....

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมกรรมประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ถ้า "เคย" โปรดระบุรายละเอียด (บริษัท สาเหตุ เมื่อใด).....	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
7. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิตสูง การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจเบาหวาน) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่ หาก "เคย" โปรดระบุรายละเอียด (โรค วัน/เดือนปีที่รับการตรวจ/รักษา ผลการตรวจ/รักษา สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคชัก โรคปอด หรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับอ่อน อักเสบ โรคไต โรคเอสแอลอี โรคเลือด โรคเบาหวาน เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิกาทางร่างกาย โรคจิตเวช โรคระบบประสาท โรคซึมเศร้า หาก "เคย" โปรดระบุรายละเอียด (โรค วัน/เดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี



9. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง หาก "เคยมี หรือ กำลังมี" โปรดระบุรายละเอียด (อาการ วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ อาการปัจจุบัน)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี
10. สำหรับผู้ขอเอาประกัน กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม.....	

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

(1) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ ถือสัญชาติอเมริกัน
 เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

(2) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

(3) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี

(4) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอม ให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มี ความประสงค์

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอม ให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอม ให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> รวมทั้งรับทราบว่าบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย

ตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นในไดโนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว

<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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

7. กรณีข้าพเจ้าได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ข้าพเจ้ารับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ) ผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

คำเตือน

1. หากท่านใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) การคืนค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

(ลงชื่อ) ผู้ขอเอาประกันภัย เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ วันที่ เดือน พ.ศ.
(.....)
ป.ช. จำกัด

ถ้อยแถลงของพยาน หรือ ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัยว่าถูกต้องเป็นจริง

(ลงชื่อ) พยาน หรือ ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
(.....)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

เอกสารรับรองตนเองตาม CRS สำหรับบุคคลธรรมดา (CRS self-certification Form for Individuals)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย (Part 1: Insured Information)

ชื่อ-สกุล (Name -Last Name) วันเดือนปีเกิด Date of Birth
เมือง (สถานที่เกิด) City/State of Birthplace ประเทศ (สถานที่เกิด) Country of Birthplace
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address

- ข้าพเจ้าไม่มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (ไปส่วนที่ 3) I am not a tax residence of any other country. (If tick, go to Part 3)
- ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศไทย (หากมี โปรดระบุข้อมูลในส่วนที่ 2 และ 3)
I am a tax residence of other country(ies) rather than Thailand. (If tick, please provide more information in part 2 and 3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางภาษี (Part 2: Tax Information)

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Tax Residence	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID/TIN	เหตุผลที่ไม่มี Tax ID/TIN (เลือกเหตุผล A,B,C จากรายการด้านล่างตาราง)
1.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Other
2.		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Other

หากไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาเลือกเหตุผลด้านล่างเพื่อระบุในตารางด้านบนสำหรับช่องเหตุผลที่ไม่มี Tax ID/TIN

If no Tax ID/TIN available, please select the following Reason for the a above Table

- A. เป็นประเทศที่ไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี The country where I am subject to income tax as a resident does not issue TINs.
- B. ไม่สามารถขอมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก เป็นผู้ถือวีซ่านักเรียนหรือนักศึกษา นักศึกษาฝึกงาน ครูหรือผู้ฝึกงานของสถานศึกษา หรือโปรแกรมแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม I am unable to obtain a TIN or equivalent number due to I am a student, trainee or intern at an educational institution.
- C. ไม่สามารถขอมีเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก เป็นหรือเคยเป็นชาวต่างชาติที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทางการทูต I am a foreign individual assigned to a diplomatic post/position in a consulate or embassy in the relevant country.

ส่วนที่ 3 ยืนยัน (Part 3: Declaration) ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า I confirm that

- ข้อความทั้งหมดที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ All statements I made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.
- ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (หรือผู้มีอำนาจลงนาม) ของบัญชีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้ I am the policy holder (or am authorized to sign for the policy holder) of all the account(s) to which this form relates.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ครอบคลุมโดยนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ที่กำหนดวิธีการที่ บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) อาจใช้และแบ่งปันข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ I understand that the information supplied by me is covered by the Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL.'s Privacy Policy setting out how Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. may use and share the information supplied by me.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ และข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า และข้อมูลของบัญชีที่ต้องถูกรายงานใด ๆ อาจถูกแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานด้านภาษีของประเทศอื่น ๆ หรือเขตอำนาจอื่นที่ข้าพเจ้าอาจมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีอยู่ตามข้อตกลงระหว่างประเทศในการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีการเงิน I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(s) may be provided to tax authorities of another country(ies)/ jurisdiction(s) in which I may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.
- ข้าพเจ้าจะแจ้งต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ถึงการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสถานะในถิ่นที่อยู่ทางภาษีของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ได้ให้ไว้ไม่ถูกต้อง และข้าพเจ้าจะปรับปรุงการรับรองตนเองให้เหมาะสมและยืนยันต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ภายใน 30 วันของการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ดังกล่าว I will advise Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. of any change in circumstances which affects my tax residency status declared in this form or causes the information contained herein to become incorrect, and to provide Tokio Marine Life Insurance (Thailand) PCL. with a suitably updated self-certification and declaration within 30 days of such change in circumstances.

วันที่ Date :

ลายมือชื่อ Signature :

ชื่อ (ตัวบรรจง) Name :

กรณีแสดงแทนโปรดระบุ consented by บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

