



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

411 อาคารทาวเวอร์ ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร. 0-2731-7727-28

U TOWER, 411 Srinagarindra Road, Suanluang, Bangkok 10250, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax. +66-2731-7727 to 28

ใบคำขอเอาประกันชีวิต (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า ใบอนุญาตเลขที่

รหัสตัวแทน ชื่อหน่วย รหัสหน่วย

สาขา

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญชนิดทั่วไป (อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป) ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ แบบไม่ตรวจสุขภาพ แบบตรวจสุขภาพ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม

เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อภรรยา/สามี

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ วันหมดอายุ

หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

ทะเบียนบ้าน อื่น ๆ

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

ข. สถานที่ทำงาน อาคาร เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ

ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท

อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ

ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. แบบประกันภัย ชนิด มีเงินปันผล ไม่มีเงินปันผล

ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค/ตัวแลกเงิน โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร นำไปชำระเบี้ยประกันภัย

(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะจ่ายคืนเป็น เช็ค/ตัวแลกเงิน/เงินสด กรณีที่ขอรับเป็นเงินสดและประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)

ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี
 งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
 จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันชีวิต บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันภัย บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันภัย บาท
 สัญญาเพิ่มเติม จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันภัย บาท
 เบี้ยประกันภัยรวม บาท จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท
 ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ ชื่อบัญชี.....
 ธนาคาร สาขา อื่น ๆ
 ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่
 ที่ระบุข้างต้น

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย อายุ ปี
 อาชีพ ความสัมพันธ์

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/เอกสารที่ หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
.....
.....

6. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่น
 หรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
.....
.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืน
 ผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
.....
.....

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่
 ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ
 ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน ปี
 เลิกเสพ เมื่อ

10. ท่านคัมหรือเคยคัมเครื่องคัมที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

- ไม่คัม/ไม่เคย คัม/เคยคัม โปรตระบุษนิก ปริมาณ ขวด/ครั้ง
 ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ คัมมานาน ปี
 เล็กคัม เมื่อ

11. ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ โปรตระบุษปริมาณ มวน/วัน สูบมานาน ปี
 เล็กสูบ เมื่อ

12. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

- ซม. กก. ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 โปรตระบุษน้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบหรือไม่

- ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็น โปรตระแจ้งรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น
.....
.....

14. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือ ไวรัสตับอักเสบบหรือไม่

- ไม่เป็น เป็น หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง เป็นโรคเอดส์ (HIV) เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอประกันภัย

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคตามรายการทำคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> คีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคคอหิน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> คาวนซ์ชินโดรม
	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
.....
.....
.....

16. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของ ร่างกายผิดปกติ <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับ ความรู้สึก <input type="checkbox"/> การพัฒนาการช้า <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ท้องมาน <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกาย ตนเอง <input type="checkbox"/> จำเลือด <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ ผ่านมา <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	เฉพาะสตรี <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ เดือน <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการ ตั้งครรภ์และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทาง ช่องคลอด
---	---	--	--

อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
.....
.....

17. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจ
ด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
.....
.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น
 ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
.....
.....

คำถามข้อ 18. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

- ไม่เคย/ไม่มี
- เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกบีบกดทับ
<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> นิ้ว	<input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน	<input type="checkbox"/> ออทิสติก
<input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ	<input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ	<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> สมาธิสั้น
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> ไข้เดือน	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	
<input type="checkbox"/> ภูมิแพ้	<input type="checkbox"/> ริคตีควทวาร	<input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ฟิค้นทสูตร		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
.....
.....
.....

19. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี
- มี โปรดระบุ
 - ถือสัญชาติอเมริกัน
 - เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 - ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ไม่เป็น
- เป็น
- เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ไม่มี
- มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ไม่มี
- มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ ที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้นี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 20 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

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

ลงชื่อ
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)