



**บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**  
**SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC CO., LTD.**

36/179, 36/183, 36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร 0-2379-5466, 0-2731-7727-28  
 36/179, 36/183, 36/186 Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28  
 Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

**สหประกันชีวิต**  
**SAHA LIFE INSURANCE**

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ  
 ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม**  
**(สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย)**

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์.....
- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว)..... เพศ ชาย หญิง  
 อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.  
 สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย ชื่อคู่สมรส..... อาชีพคู่สมรส.....  
 เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... วันหมดอายุ.....  
 หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....  
 อื่น ๆ.....
- เป็นพนักงาน/สมาชิก ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... ตำแหน่งและลักษณะงานปัจจุบัน.....
- ที่อยู่และที่อยู่ปัจจุบัน
  - ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
  - ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
  - สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน
- ผู้รับผลประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	อายุ	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือ เดินทาง/เอกสารที่หน่วยงาน ของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

- กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  หน้าโรคต่อไปนี้ เฉพาะที่ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ  
 ได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ถ้าไม่เคยไม่ต้องตอบข้อนี้)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ    | <input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน             | <input type="checkbox"/> โรคประสาท              |
| <input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง     | <input type="checkbox"/> โรคจิต                 | <input type="checkbox"/> ความฉันทิโครม          |
| <input type="checkbox"/> โรคต่อหีน     | <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ    | <input type="checkbox"/> โรคชัก                 | <input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ       |
| <input type="checkbox"/> โรควัณโรค     | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ               | <input type="checkbox"/> โรคไต                  | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด     | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร   | <input type="checkbox"/> เนื้ออก ก้อนหรือถุงน้ำ | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง              |
| <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ  | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์              |   |   |

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด ความเจ็บป่วย/การรักษา/แพทย์ผู้รักษาและสถานพยาบาลที่รักษา.....

คำถามข้อ 7-12 เป็นคำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ดังนี้

(ชื่อบริษัท/ จำนวนเงินเอาประกันภัย/ เงินชดเชยรายวัน/ ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่) .....

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ชื่อบริษัท/ สาเหตุ/ เมื่อใด) .....

9. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ตรวจอะไร/ เมื่อใด/ สถานที่ตรวจ/ ผลการตรวจ/ ข้อสังเกตโดยแพทย์) .....

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(อาการ/ วันเดือนปีที่รับการรักษา/ สถานพยาบาล/ ผลการรักษา) .....

11. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/ มี

หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง        | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน           | <input type="checkbox"/> นิ้ว                            | <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ           |
| <input type="checkbox"/> ไข้เลือด                    | <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร         | <input type="checkbox"/> ฟันคุด                          | <input type="checkbox"/> ไช้น้ำอึกเสบ             |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน              | <input type="checkbox"/> กุมิแพ้              | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง            | <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> เชื้อราโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม                       | <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง   |
| <input type="checkbox"/> ออทิสติก                    | <input type="checkbox"/> สมาร์สัน             | <input type="checkbox"/> เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ |   |

หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด โรค/ วัน เดือน ปี ที่รักษา(ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์/ การรักษาและอาการปัจจุบัน/ สถานพยาบาลที่รักษา(หากระบุชื่อแพทย์ได้ให้ระบุ))

12. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

## 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 บริษัทสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้นี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 20 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

**ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริงบริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(สำหรับบริษัท)	
กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่.....	ใบรับรองเลขที่.....
จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....	จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ.....	วันครบรอบปีกรมธรรม์.....
ประเภทสมาชิก <input type="checkbox"/> พนักงาน/สมาชิก <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	