

โครงการ <u>สหกรณ์ออมทรัพย์.....</u> ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... (ข้อมูลพนักงานขาย).....	<input checked="" type="checkbox"/> แผนความคุ้มครอง (Coop) <input checked="" type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง <input type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
---	--

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอประกันภัย นาย โตเกียว มารีน เพศ ชาย หญิง
 วัน-เดือน-ปี เกิด 5 กันยายน 2532 อายุ 32 ปี สัญชาติ ไทย ส่วนสูง 170 ซม. น้ำหนัก 66 กก.
 บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่ 1 2345 67890 12 3 วันหมดอายุ 4 กันยายน 2569

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

2.1 ที่อยู่ปัจจุบัน		
เลขที่ <u>12</u>	หมู่บ้าน/อาคาร <u>-</u>	หมู่ที่ <u>7</u> ตรอก/ซอย <u>-</u>
ถนน <u>บางแวก</u>	แขวง/ตำบล <u>บางไผ่</u>	เขต/อำเภอ <u>บางแค</u>
จังหวัด <u>กทม.</u>	รหัสไปรษณีย์ <u>10160</u>	
2.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input checked="" type="checkbox"/> ที่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีที่ไม่ใช่ที่เดียวกัน ให้ระบุที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเพิ่มเติม)		
เลขที่	หมู่บ้าน / อาคาร	หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	
2.3 สถานที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีที่ไม่ใช่ที่เดียวกัน ให้ระบุสถานที่ทำงานเพิ่มเติม)		
สถานที่ทำงาน <u>ร.ร.บางไผ่</u>	เลขที่ <u>-</u> อาคาร <u>-</u>	หมู่ที่ <u>-</u> ตรอก/ซอย <u>บางแวก89</u>
ถนน <u>บางแวก</u>	แขวง/ตำบล <u>บางไผ่</u>	เขต/อำเภอ <u>บางแค</u>
จังหวัด <u>กทม.</u>	รหัสไปรษณีย์ <u>10160</u>	โทรศัพท์ที่ทำงาน <u>-</u>
โทรศัพท์ที่บ้าน <u>-</u>	โทรศัพท์มือถือ <u>0941234567</u>	อีเมล <u>-</u>
สถานที่ติดต่อ <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน		

3. อาชีพประจำ ครู ลักษณะงานที่ทำ การสอน ลักษณะธุรกิจ การศึกษา รายได้ต่อปี 300,000 บาท

4. วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ 1,230,000 บาท ระยะเวลาผ่อนชำระ 30 (เดือน/ปี) ค่างวดที่ผ่อนชำระสินเชื่อ - (บาทต่อเดือน)
 จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,230,000 บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย 10 (เดือน/ปี) เบี้ยประกันภัยรวม 22,128 บาท
 วงการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระครั้งเดียว รายปี รายเดือน
ระบุได้มากกว่า 1 ท่าน

5. ผู้รับประโยชน์หลัก ได้แก่ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง-ถ้ามิได้ระบุอัตราส่วนให้ถือว่าแบ่งเท่ากัน
 ดังนี้ ผู้รับประโยชน์รอง: 5.1 นางไอโกะ มารีน ความสัมพันธ์ มารดา อัตราส่วน 100
 5.2 ความสัมพันธ์ อัตราส่วน

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนเงินสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า “เคย” โปรดระบุรายละเอียด.....	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
7. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ต่อไปนี้หรือไม่ โรคหลอดเลือดในสมอง, โรคอัมพฤกษ์, โรคอัมพาต, พิการทางร่างกาย, โรคชัก, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคไต, โรคหัวใจ, โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ, โรคหลอดเลือด, โรคเลือด, โรควัณโรค, โรคปอด หรือปอดอักเสบ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคตับหรือทางเดินน้ำดี, โรคพิษสุราเรื้อรัง, โรคตับอ่อนอักเสบ, เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ, โรคมะเร็ง, โรคเอสแอลอี (SLE), โรคซึมเศร้า, โรคจิตเวช, โรคระบบประสาท ถ้า “เคย” โปรดระบุรายละเอียด (โรค, วันเดือนปีที่รักษา, สถานพยาบาล, การรักษา, อาการปัจจุบัน และผลการรักษา)	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยมีอาการต่างๆ ต่อไปนี้ ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง ใช้เรื้อรัง หรือไม่ ถ้า “เคย” โปรดระบุรายละเอียด อาการ หรือ โรค/ วันเดือนปีที่รักษาและ อาการปัจจุบัน/ผลการรักษา	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
9. ท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่?	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น

<p>10. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา</p> <p>(ก) ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ คำแนะนำจากแพทย์ เกี่ยวกับสุขภาพ หรือ เคยเข้ารับการ รักษาตัวในโรงพยาบาล ถ้า “เคย” โปรดระบุรายละเอียด (โรค, วันเดือนปี ที่รักษา, การรักษา, อาการปัจจุบัน และ ผลการรักษา).....</p> <p>.....</p> <p>(ข) ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเอกซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า “เคย” โปรดระบุรายละเอียด (โรค, วันเดือนปี ที่รักษา, การรักษา, อาการปัจจุบัน และ ผลการรักษา).....</p> <p>.....</p>	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
---	---

คำถามเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัยเพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากร

กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศ สหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

(1) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ ถือเป็นชาติอเมริกัน

เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ถือเป็นชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

(2) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น

เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

(3) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี

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

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงาน ภาครัฐ ในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่ เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศ หรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย ตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันชีวิตมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิตจากทางบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นการคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท และสำนักงาน คปภ.แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

(ลงชื่อ) **นาย โตเกียรติ มารีน** ผู้เอาประกันภัย เขียนที่ **สหกรณ์** วันที่ **20** เดือน **มิถุนายน** พ.ศ. **2565**
(..... **นาย โตเกียรติ มารีน**)

ถ้อยแถลงของพยาน หรือ ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของลูกค้ำว่าถูกต้องเป็นจริง

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงิน
ค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า **นาย โตเกียว มารีน** ได้ยื่นขอเอาประกันภัย ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันภัย/
เอกสารเสนอขาย/บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือสัญญาเงินกู้/เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่ **12345678900**
กับบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ารูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อ
คุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน
จำนวนเบี้ยประกันภัยของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
จะ สูงกว่า การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

- การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
- ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยภายใน 15 วัน นับแต่
วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ
500 บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย
สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย ฉบับนี้
- หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลาตามข้อ 2.
ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับค่าเวนคืน (ถ้ามี) ตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งอาจจะน้อยกว่า
จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือ ผู้รับประโยชน์ได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. 02-515-3996-9 หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. 1186

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์
ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม

โตเกียว มารีนลงนาม

()

(**นาย โตเกียว มารีน**)

เสนอโดย ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ผู้เอาประกันภัย

วันที่ **20 มิถุนายน 2566** เวลา **10.30** น.

หมายเหตุ

* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตาม
จำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว



LS-001

1. กรอกข้อมูล และแปลงข้อมูลในส่วนที่ 1 โดยทำเครื่องหมายตามที่แสดง

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย (Part 1: Insured Information)

ชื่อ-สกุล (Name -Last Name) นาย โตเกียว มาริน วันเดือนปีเกิด Date of Birth 1 สิงหาคม 2519
เมือง (สถานที่เกิด) City/State of Birthplace กรุงเทพฯ ประเทศ (สถานที่เกิด) Country of Birthplace ไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address 22/2 ถนนราชพฤกษ์ แขวงบางเข็อกหนึ่ง เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

- 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 กรุณาเลือกเหตุผลด้านล่างเพื่อระบุในตารางด้านบนสำหรับของเหตุผลที่ไม่มี 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. ไม่สามารถขอมิเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก 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. ไม่สามารถขอมิเลขประจำตัวผู้เสียภาษีหรืออื่นใดที่ทดแทนได้เนื่องจาก 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 2. ทำเครื่องหมายในส่วนที่ 3 ตามที่แสดง

1. ข้อความทั้งหมดที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ All statements I made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.
2. 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.
3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้นี้ครอบคลุมโดยนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัท 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.
4. 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.
5. ข้าพเจ้าจะแจ้งต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสถานะในถิ่นที่อยู่ทางภาษีของข้าพเจ้าที่ได้ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือทำให้ข้อมูลที่ได้ให้ไว้ไม่ถูกต้อง และข้าพเจ้าจะปรับปรุงการรับรองตนเองให้เหมาะสมและยืนยันต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ภายใน 30 วันของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว 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 : 15 มกราคม 2567

ลายมือชื่อ Signature : Tokyo M. 3. ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย และลงวันที่

ชื่อ (ตัวบรรจง) Name : โตเกียว มาริน

กรณีตกลงแทนโปรดระบุ consented by บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย



กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้ผู้ปกครอง(พ่อแม่) หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามด้วยชื่อของตนเอง