



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@salife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองเงินเชื่อ (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่
จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า โบราณญาติเลขที่
รหัสตัวแทน ชื่อหน่วย รหัสหน่วย
สาขา
ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย สหกรณ์ออมทรัพย์กองการฝึก กองเรือยุทธการ จำกัด

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม
ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ).....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ)
อายุ ปี เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. เกิดที่ประเทศ.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ นามสกุล
เอกสารที่ใช้แสดง ☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) ☒ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ทำงาน อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ประเทศ..... โทรศัพท์ อีเมล.....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน

(เมื่อบริษัท ได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียง
ข้อใดข้อหนึ่ง)

☒ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัย (ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

☒ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัท ไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ)

3. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท

4. รายละเอียดสินเชื่อ
จำนวนเงินกู้ที่ขึ้นกู้หรือจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระ บาท
ระยะเวลาผ่อนชำระ ปี อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ 5.65% ต่อปี

5. รายละเอียดการขอเอาประกันภัย
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....คุ้มครองเงินเชื่อ 875..... ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☒ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน

สัญญาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย / ผลประโยชน์ (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
เบี้ยประกันภัยรวม		

6. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเอาประกันภัย
จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ บาท
ชำระเป็น

☒ เงินสด

☐ โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา

☐ เช็ค

☐ หักบัญชีธนาคาร ด้วยบัญชีล่าสุดที่ได้แจ้งต่อบริษัทฯ ธนาคาร.....

☐ บัตรเครดิต ชนิด..... ออกโดย.....

หมายเลขบัตรเครดิต วันที่บัตรหมดอายุ.....

(โดยผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ถือบัตรเครดิตหมายเลข.....

ยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย (ระบุชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)..... เป็นราย

จากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าวจนกว่าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษร ให้บริษัททราบก่อนครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัยแต่ละงวดหรือเมื่อบริษัท ไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตหมายเลขดังกล่าว ได้)

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

7. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมกรรมประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

8. ผู้ขอเอาประกันภัยมีการทำสัญญาประกันชีวิต ประกันชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				เงินทดแทน รายวัน	ขณะนี้สัญญาจะมีผล บังคับหรือไม่
	ชีวิต	ชีวิตแบบ คุ้มครองสินเชื่อ	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

กรณีที่มิถกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4

9. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมกรรมประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

กรณีที่มิถกรรมกรรมประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในส่วนที่ 4

10. ผู้ขอเอาประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

☐ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี

☐ เลิกเสพเมื่อ

11. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

12. ผู้ขอเอาประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย

☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง
ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี

☐ เลิกดื่ม เมื่อ

13. ผู้ขอเอาประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☐ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

☐ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี

☐ เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

14. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้ขอเอาประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน

โปรตีนในน้ำนม ☐ เพิ่มขึ้น กก. ☐ ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

15. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของผู้ขอเอาประกันภัย เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็น

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

16. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

โปรดระบุรายละเอียด

17. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 4 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....
.....

ส่วนที่ 5 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน
- ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ☐ ไม่เป็น
- ☐ เป็น
- ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็น

โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

- (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 6 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ☐ ไม่มีความประสงค์
-

ส่วนที่ 7 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่าน มา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณา รับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรม ทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้า ประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการ พิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้ บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ ประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของ ผู้ขอเอา ประกันภัยเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [/www.sahalife.co.th](http://www.sahalife.co.th) / รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ขอเอาประกันภัยแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริม ธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [/www.sahalife.co.th](http://www.sahalife.co.th) / ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่ง สำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่อ อนุมัติหนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้น ได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 8 คำเตือน

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กองการฝึก กองเรือยุทธการ จำกัด

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม

กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันชีวิต / เอกสารเสนอขาย / บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับบริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่า มีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ๒ ประเภท ได้แก่

- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า

การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

๑. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ

๒. **ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ ๕๐๐ บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้

๓. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลาตาม ข้อ ๒. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. ๐๒-๕๑๕-๓๘๘๖-๘ หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. ๑๑๘๖

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท



แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่



แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

..... ลงนาม

..... ลงนาม

()

()

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้เอาประกันภัย

วันที่.....เวลา.....น.

หมายเหตุ

* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

** คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย