



หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 63/2 อาคาร ชั้น 1, 3, 4, 5 และ 6

ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง

กรุงเทพฯ 10310

โทร. 02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601

www.dhipayalife.co.th

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ  
อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา  
ประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

## ใบคำขอเอาประกันภัย สำหรับการประกันชีวิตกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ (รายบุคคล)

“โครงการ.....”

ชื่อผู้ใช้งาน.....

สาขา.....

รหัสสาขา.....

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

เลขสัญญา.....

### สำหรับธนาคารเพื่อกรอกข้อมูล

ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี  
แบบอัตราดอกเบี้ย.....% อัตราเบี้ยประกันภัยชำระครั้งเดียว (ค่าคงที่).....บาท ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท

รายละเอียดการขอเอาประกันภัย	ระยะเวลา (ปี)		จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	เอาประกันภัย	ชำระเบี้ยประกันภัย		
ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....				
สัญญาเพิ่มเติม.....				
สัญญาเพิ่มเติม.....				
สัญญาเพิ่มเติม.....				
เบี้ยประกันภัยรวม				

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ..... สัญชาติ.....

อาชีพ..... หน้าที่รับผิดชอบ..... รายได้ต่อปี.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์ติดต่อ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน ชื่อสถานที่ทำงาน..... อาคาร.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์ติดต่อ.....

เอกสารที่นำมาแสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง (Passport)..... ออกเมื่อวันที่.....

อีเมล (สำหรับติดต่อและให้บริการประเภทอิเล็กทรอนิกส์).....

สถานที่ติดต่อ ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการให้จัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัยรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

☐ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งอีเมล (e-mail) ที่ให้กับบริษัท

**หมายเหตุ:** หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งหนังสือรับรองการประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง  
นอกเหนือจากหนังสือรับรองการประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ผู้ขอเอาประกันภัยในรูปแบบกระดาษ

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่าๆกัน)

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมสิทธิ์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)  
บริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับ การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)  
.....
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ โรคเลือด โรคต่อมไทรอยด์โต เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคจิต พิการทางร่างกาย หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดโรคที่เป็น สถานพยาบาลที่รักษา)  
.....
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....  
ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี ☐ เลิกเสพเมื่อ.....
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....  
ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ.....
- ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ.....

## ส่วนที่ 2 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิ์ขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

## ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

### 1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

- ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (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 ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

## ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.dhipayalife.co.th> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)

6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.dhipayalife.co.th> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
  - (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อกับธนาคารหรือสถาบันการเงินและขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้ธนาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้น ให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

## ส่วนที่ 5 คำเตือน

1. หากผู้ขอเอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยานตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย