



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

411 อาคารยูทาวเวอร์ ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร. 0-2731-7799 โทรสาร. 0-2731-7727-28

U Tower, 411 Srinagarindra Road, Suanluang, Bangkok 10250 Tel. 0-2731-7799 Fax. 0-2731-7727 to 28

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

นางสาว

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

(สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย)

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ **สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด**
- 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/
หนังสือเดินทาง/เอกสารที่
หน่วยงานของรัฐออกให้

ที่อยู่

ร้อยละของ
ผลประโยชน์

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด

100%

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

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ตา, หู, คอ, จมูก | <input type="checkbox"/> โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> โรคจิต | <input type="checkbox"/> โรคทางสมองหรือระบบประสาท |
| <input type="checkbox"/> วัณโรค, หิด, หอบ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคปอด | <input type="checkbox"/> โรคตับ |
| <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะ | <input type="checkbox"/> โรคลำไส้ | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็งหรือเนื้องอก |
| <input type="checkbox"/> กามโรค | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคนี้ว่า | <input type="checkbox"/> โรคไขข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์ |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิต | <input type="checkbox"/> โรคอื่นๆที่เคยเป็นจะต้องระบุให้ชัดเจน..... | | |

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด ความเจ็บป่วย/การรักษา/แพทย์ผู้รักษาและสถานพยาบาลที่รักษา.....

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

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในกรณีนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด 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 บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้อความยืนยันด้วยถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ **สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด** วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(สำหรับบริษัทฯ)

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่..... ใบรับรองเลขที่.....
จำนวนเงินเอาประกันชีวิต..... จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ..... วันครบรอบปีกรมธรรม์.....
ประเภทสมาชิก พนักงาน/สมาชิก คู่สมรส อื่นๆ (ระบุ).....



หนังสือแจ้งความประสงค์

การทำประกันชีวิตกลุ่มและยินยอม
ให้หักเงินชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

- สมัครทำประกันชีวิตกลุ่มใหม่
- ปรับเพิ่มทุนประกันวงเงินคุ้มครอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี

- สมาชิก สมาชิกสมทบ เลขที่สมาชิก..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
- คู่สมรส บุตร เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โดยเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันจากสมาชิก

ชื่อ - สกุล เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์สมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม หรือทำประกันชีวิตกลุ่มให้กับคู่สมรส หรือบุตร โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่จ่ายเงิน หักเงินได้รายเดือน เงินค่าตอบแทน เงินค่าจ้าง เงินสะสมสำหรับข้าราชการ เงินบำนาญ บำนาญ เงินอื่นใดที่ได้รับจากทางราชการ หรือเงินซึ่งสหกรณ์จะจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า รวมทั้งให้หักเงินฝากที่มีอยู่ในบัญชีซึ่งเปิดไว้กับสหกรณ์ทุกบัญชี เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันค่างชำระที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีขึ้นในอนาคต และภาระผูกพันใดๆ ทุกประเภทที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด ตลอดไปและข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหรือกระทำการใด ๆ เพื่อขัดขวางการให้ความยินยอมหักเงินตามหนังสือฉบับนี้จนกว่าประกันชีวิตจะหมดความคุ้มครอง และจะต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากสหกรณ์ก่อน หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามการที่ให้ความยินยอมนี้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ให้ถือว่าข้าพเจ้ามีพฤติกรรมที่ส่อไปในทางไม่สุจริต โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาดำเนินการทางวินัยแก่ข้าพเจ้าได้ทันที ข้าพเจ้าประสงค์จะทำประกันชีวิตกลุ่มในอัตราเบี้ยประกัน และวงเงินคุ้มครอง ดังนี้

โปรดทำเครื่องหมายเลือกประกันกลุ่ม	อัตราเบี้ยประกัน (บาท)	วงเงินคุ้มครองเสียชีวิตทั่วไป(บาท)	วงเงินคุ้มครองเสียชีวิตอุบัติเหตุ(บาท)	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	270	500,000	1,000,000	สำหรับสมาชิก สมาชิกสมทบ คู่สมรส หรือบุตร ของสมาชิก
<input type="checkbox"/>	470	800,000	1,600,000	
<input type="checkbox"/>	540	900,000	1,800,000	สำหรับสมาชิก
<input type="checkbox"/>	600	1,000,000	2,000,000	สำหรับสมาชิก
<input type="checkbox"/>	900	1,500,000	3,000,000	สำหรับสมาชิกที่มีหนี้สามัญทุกประเภทรวมกันเกินกว่า 1 ล้านบาท

หมายเหตุ : 1. ประกันชีวิตกลุ่มจะมีผลคุ้มครองเมื่อบริษัทตอบรับการทำประกัน และสหกรณ์เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันจากสมาชิกหรือสมาชิกสมทบ

2. การสมัครทำประกันใหม่หรือเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกัน (เริ่มตั้งแต่วันที่คุ้มครองเพิ่ม) หากผู้สมัครเสียชีวิตก่อน 1 ปี บริษัทอาจปฏิเสธการจ่ายเงินใหม่ทดแทน โดยจะจ่ายเงินสินไหมให้ในอัตราความคุ้มครองเดิมก่อนการปรับเพิ่มเบี้ยใหม่

3. กรณีสมัครทำประกันชีวิตใหม่ทุกรายต้องกรอกแบบฟอร์มใบคำขอ แลกสุขภาพ และผ่านการพิจารณาทุกราย พร้อมทั้งแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้

เอกสารประกอบ	
<input type="checkbox"/>	แบบใบคำขอเอาประกันชีวิต
<input type="checkbox"/>	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
<input type="checkbox"/>	สำเนาทะเบียนบ้าน (สำหรับสมัครประกันคู่สมรส -บุตร)
<input type="checkbox"/>	สำเนาทะเบียนสมรส (สำหรับสมัครประกันชีวิตคู่สมรส)
<input type="checkbox"/>	หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (กรณีสมัครทำประกันใหม่)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่...../...../.....