



บริษัท เค็ดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

43 อาคารไทย ซิซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้

แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

ตัวแทน รหัส

หน่วยงาน

สาขา

โทร.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม

การประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หนังสือรับรองสุขภาพ ใช้เพื่อ

เปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ (เพิ่มสัญญาเพิ่มเติม เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย เปลี่ยนเป็นแบบประกันที่มีระยะเวลาคุ้มครองเพิ่มขึ้น ลด/ยกเลิกเบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ)

ขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีกรมธรรม์มีสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาตอบข้อมูลในส่วนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย)

ผู้เอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุล
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- อายุ ปี
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนนแขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- ชื่อสถานที่ทำงาน/ ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....
- อาชีพประจำลักษณะงาน/ลักษณะธุรกิจ.....
- รายได้ต่อปีบาท
- ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด บริษัท.....
สาเหตุเมื่อใด
- ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด
ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
เสพมานาน ปี เลิกเสพ เมื่อ
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด
ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
ดื่มมานาน ปี เลิกดื่ม เมื่อ
- ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคย โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน
สูบมานาน ปี เลิกสูบ เมื่อ
- ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก ก.ก.
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก
 เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง ก.ก.
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

- ชื่อและนามสกุล
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- อายุ ปี
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนนแขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- ชื่อสถานที่ทำงาน/ ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....
- อาชีพประจำลักษณะงาน/ลักษณะธุรกิจ.....
- รายได้ต่อปีบาท
- ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด บริษัท.....
สาเหตุเมื่อใด
- ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด
ปริมาณ ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
เสพมานาน ปี เลิกเสพ เมื่อ
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด
ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
ดื่มมานาน ปี เลิกดื่ม เมื่อ
- ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคย โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน
สูบมานาน ปี เลิกสูบ เมื่อ
- ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก ก.ก.
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก
 เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง ก.ก.
สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ผู้เอาประกันภัย	ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
<p>15. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา</p> <p>ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด</p> <p>การตรวจ/โรค.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา.....</p> <p>ผลการตรวจ/รักษา.....</p> <p>สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ).....</p>	<p>15. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา</p> <p>ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุรายละเอียด</p> <p>การตรวจ/โรค.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา.....</p> <p>ผลการตรวจ/รักษา.....</p> <p>สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ).....</p>

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ก. โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคสมองและเนื้อเยื่อสมอง โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต โรคไข้วมดึก โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. โรคมะเร็ง โรคต่อมน้ำเหลืองโต เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. โรคของต่อมไธสมอง โรคของต่อมหมวกไต โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. โรคตับอ่อนอักเสบ โรคไต โรคถุงน้ำในไต โรคนิว ดิซ่าน มี้ามโต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. สายตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน โรคต้อกระจก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. โรคพาร์กินสัน โรคความจำเสื่อม โรคชัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ซ. โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฌ. โรคจิตเวช โรคระบบประสาท โรคซึมเศร้า คาวาน์ซินโดรม พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ญ. โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฎ. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา /ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

17. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ก. เจ็บหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อยง่ายผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ภาวะไขมันพอกตับ ท้องมาน ท้องเดินเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง มีเลือดปนในปัสสาวะ ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. คลำพบก้อนเนื้อ ตัวเหลือง ตาเหลือง ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ปวดข้อเรื้อรัง จำเลือด มีอวัยวะส่วนเกิน ก้อน หรือตั้งเนื้อในร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

จ. การมองเห็นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ การพูดผิดปกติ มีพัฒนาการช้า เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเสียเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. เฉพาะสตรี (อายุ 10 ปี ขึ้นไป เท่านั้น) ช. กำลังตั้งครรภ์หรือไม่ อายุครรภ์..... เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฅ. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ประจำเดือนมาผิดปกติ ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาการ	วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ		อาการปัจจุบัน	

คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือขอกลับคืนผู้สถานะเดิมของกรมธรรม์ ในกรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพหรือโรคร้ายแรง แนบท้ายกรมธรรม์

18. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)	ผู้เอาประกันภัย	
	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
ก. คิดเชื่อในหูชั้นกลาง โรคประสาทหูเสื่อม ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไชน์สออักเสบ ปวดศีรษะไมเกรน ภูมิแพ้ สะเก็ดเงิน หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. กรดไหลย้อน ถุงน้ำดีอักเสบ ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร ฝีคัณฑสูตร โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท ข้อเสื่อม เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. ออทิสติก สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. เชื้อราโพรงมดลูกเจริญผิดที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โรค / อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัยหรือรับการ รักษาหรือตั้งค่าสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

19. สำหรับผู้เอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

.....

.....

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้เอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....วันบัตรหมดอายุ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในหนังสือรับรองสุขภาพของผู้เอาประกันชีวิตและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษาการรับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [<https://www.kwlife.com/privacy-policy/>] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [<https://www.kwlife.com/privacy-policy/>] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ
()

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย)

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ
(.....)
ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ
(.....)
พยาน

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