อารมณ์ดี...เพราะมีความสุข

สมาร์ทบำนาญ60 A100/1

(บำนาญแบบลดหย่อนได้)

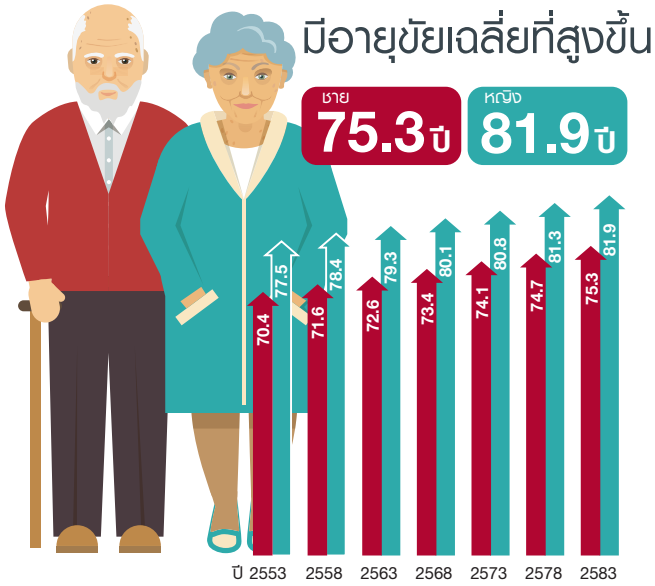
ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

เริ่มรับเงินบำนาญ เมื่ออายุครบ 60 ปี จนถึงอายุครบ 100 ปี

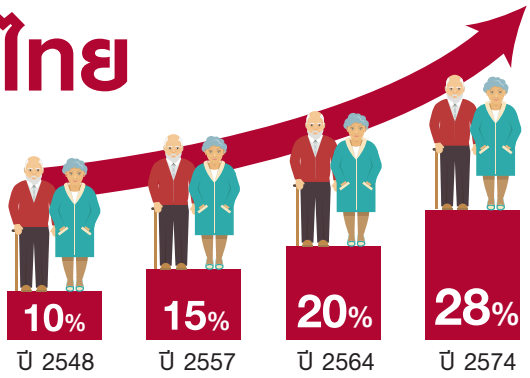
การนำเสนอแบบประกันผ่านสื่อการขายนี้ ต้องใช้เบี้ยประกันภัยจากตารางตัวอย่างเบี้ยประกันภัยในสื่อการขายนี้เท่านั้น

SAMSUNG
LIFE INSURANCE

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย



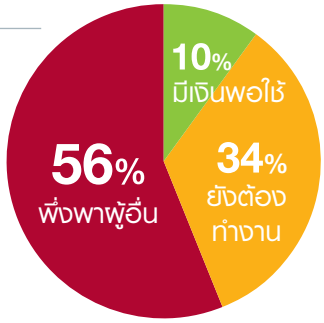
ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศ
มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

10%
เกษียณได้อย่างแท้จริง
โดยไม่เป็นภาระตนเอง
หรือเป็นภาระผู้อื่น



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ต้องเตรียมอะไรเพื่อวัยเกษียณที่มีเงินพอใช้

ในวัยเกษียณมีค่าใช้จ่ายหลักๆ จะมีอยู่ 4 ด้าน โดยดูจากรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน

ค่ากินอยู่ทั่วไป
ค่าอุปโภคบริโภค เช่น ของกิน ของใช้
เสื้อผ้า ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ
ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าอินเตอร์เน็ต

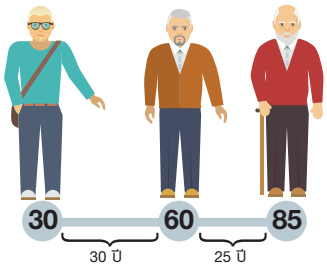
ค่าบำรุงรักษาทรัพย์สิน
ค่าซ่อมแซมบ้าน ค่าบำรุงรักษารถ
ค่าต่อทะเบียน ค่าประกันภัยรถยนต์
ค่าซ่อมแซมเครื่องใช้ไฟฟ้า

ค่าสันทนาการ-ท่องเที่ยว
ค่ารับประทานอาหารนอกบ้าน
ค่าท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ

ค่าดูแลสุขภาพ
ค่าใช้จ่ายเพื่อการออกกำลังกาย
ค่าอาหารเสริม ค่าตรวจสุขภาพ
ค่ารักษาพยาบาล

ตัวอย่างการคำนวณค่าใช้จ่ายวัยเกษียณ

ลูกค้า เพศชาย อายุ 30 ปี วางแผนเก็บออม 30 ปี เพื่อจะเกษียณตอนอายุ 60 ปี
และเตรียมค่าใช้จ่ายในวัยเกษียณไปจนถึงอายุ 85 ปี



ตารางค่าใช้จ่าย ณ ปัจจุบัน

ค่ากินอยู่ทั่วไป	ค่าบำรุงรักษาทรัพย์สิน	ค่าสันทนาการท่องเที่ยว	ค่าดูแลสุขภาพ	รวม
9,000	3,000	4,000	4,000	ต่อเดือน **20,000**
108,000	36,000	48,000	48,000	ต่อปี **240,000**
25 ปี (240,000 x 25) = ต้องเตรียมเงิน **6,000,000** บาท				

คูณอัตราเงินเฟ้อ 3% ต่อปี
ในความเป็นจริงเรายังต้องคำนวณอัตราเงินเฟ้อ
ที่อาจเกิดขึ้นระยะเวลา 30 ปี ที่ต้องออม
จึงทำให้เป้าหมายจาก **6,000,000** บาท กลายเป็น

14,563,575 บาท
ที่คุณลูกค้าต้องมี ตอนอายุ 60 ปี

อย่าให้ค่าใช้จ่ายที่ไม่เร่งด่วนในวันนี้ กลายเป็นค่าใช้จ่ายที่เร่งด่วนในวันหน้า

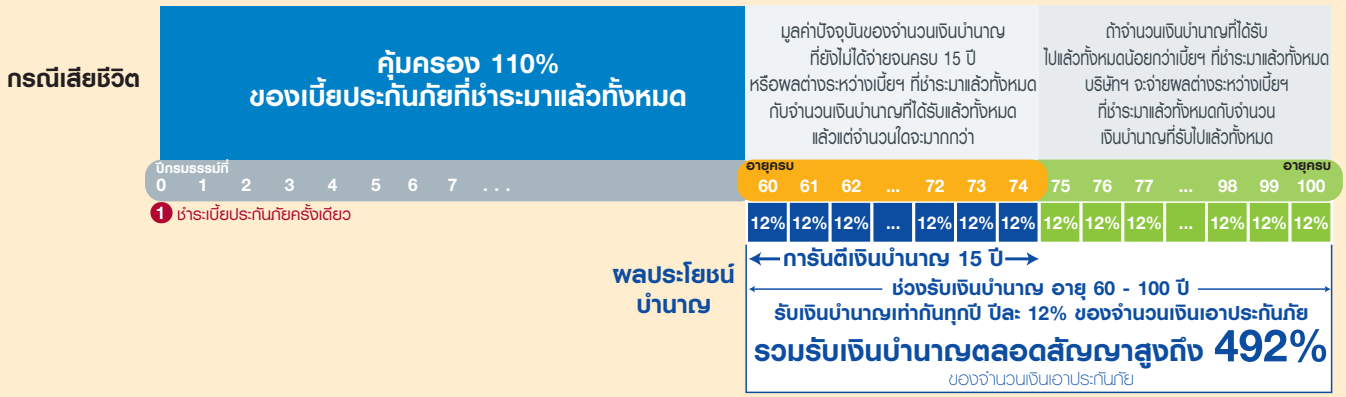
ชื่อลูกค้า | โทรศัพท์ | ลายเซ็น

นำเสนอโดย | โทรศัพท์ | ลายเซ็น | วัน / เวลาที่เสนอขายประกันภัย

สมาร์ทบำนาญ60 A100/1 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)

การันตีค่าใช้จ่ายวัยเกษียณที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้าตั้งแต่วันนี้ ด้วยแบบประกันภัยที่ชำระเบี้ยสั้น หมดภาระด้านเบี้ยประกันภัยอย่างรวดเร็ว เพื่อการใช้ชีวิตช่วงเกษียณได้อย่างมั่นใจ

แผนภาพผลประโยชน์และความคุ้มครอง



- ชำระเบี้ยสั้น เพียงครั้งเดียว ก็หมดภาระด้านเบี้ยประกันภัย
- ช่วงก่อนรับเงินบำนาญ รับความคุ้มครองชีวิต 110% ของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด
- รับเงินบำนาญ 12% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ณ ปีกรมธรรม์ที่ผู้เอาประกันภัยมีอายุครบ 60 ปี จนถึงอายุครบ 100 ปี
- การันตีเงินบำนาญ 15 ปี (หากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับเงินบำนาญครบ 15 ปี บริษัทฯ จะจ่ายเงินบำนาญเป็นจำนวนเดียว โดยมูลค่าจะเท่ากับมูลค่าปัจจุบันของจำนวนเงินบำนาญที่ยังไม่ได้จ่ายจนครบ 15 ปี)
- รวมรับสูงสุด 492% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย (41 งวด) กรณีมีชีวิตอยู่จนอายุครบ 100 ปี
- ได้รับสิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสูงสุด 300,000 บาท (ตามประกาศกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ฉบับที่ 172 และ 194)

สรุปเงื่อนไขความคุ้มครองและผลประโยชน์

เงื่อนไข	สมาร์ทบำนาญ60 A100/1
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย	**ชำระครั้งเดียว**
ระยะเวลาคุ้มครอง	**คุ้มครองถึงอายุ 100 ปี**
อายุรับประกันภัย	20 - 55 ปี
ผลประโยชน์ช่วงรับเงินบำนาญ	
อายุเริ่มรับเงินบำนาญ	อายุครบ 60 ปี
ผลประโยชน์เงินบำนาญต่องวด	12% (สูงสุด 492%) ของจำนวนเงินเอาประกันภัย
จำนวนงวดที่รับเงินบำนาญ	**41 งวด (การันตี 15 งวด)**
ผลประโยชน์กรณีเสียชีวิต	
กรณีเสียชีวิตก่อนรับเงินบำนาญ	รับ 110% ของเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้วทั้งหมด
กรณีเสียชีวิตช่วงรับเงินบำนาญ ช่วงการันตีเงินบำนาญ 15 ปี	มูลค่าปัจจุบันของจำนวนเงินบำนาญที่ยังไม่ได้จ่ายจนครบ 15 ปี หรือผลต่างระหว่างเบี้ยฯ ที่ชำระมาแล้วทั้งหมดกับจำนวนเงินบำนาญที่ได้รับแล้วทั้งหมดแล้วแต่จำนวนใดจะมากกว่า
กรณีเสียชีวิตช่วงรับเงินบำนาญ หลังช่วงการันตีเงินบำนาญ 15 ปี	ถ้าจำนวนเงินบำนาญที่ได้รับไปแล้วทั้งหมดน้อยกว่าเบี้ยฯ ที่ชำระมาแล้วทั้งหมด บริษัทฯ จะจ่ายผลต่างระหว่างเบี้ยฯที่ชำระมาแล้วทั้งหมดกับจำนวนเงินบำนาญที่รับไปแล้วทั้งหมด

ชื่อลูกค้า	โทรศัพท์	ลายเซ็น	
นำเสนอโดย	โทรศัพท์	ลายเซ็น	วัน / เวลาที่เสนอขายประกันภัย

ตัวอย่างเบี้ยประกันภัย แบบประกันสมาร์ทบำนาญ60 A100/1 (บำนาญแบบลดหย่อนได้)

อายุ (ปี)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)							
	250,000		500,000		1,000,000		3,000,000	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
20	160,083	176,205	316,965	349,210	630,730	695,220	1,885,790	2,079,260
21	165,053	181,540	326,905	359,880	650,610	716,560	1,945,430	2,143,280
22	170,183	187,045	337,165	370,890	671,130	738,580	2,006,990	2,209,340
23	175,480	192,723	347,760	382,245	692,320	761,290	2,070,560	2,277,470
24	180,950	198,578	358,700	393,955	714,200	784,710	2,136,200	2,347,730
25	186,595	204,620	369,990	406,040	736,780	808,880	2,203,940	2,420,240
26	192,428	210,850	381,655	418,500	760,110	833,800	2,273,930	2,495,000
27	198,445	217,278	393,690	431,355	784,180	859,510	2,346,140	2,572,130
28	204,663	223,908	406,125	444,615	809,050	886,030	2,420,750	2,651,690
29	211,080	230,748	418,960	458,295	834,720	913,390	2,497,760	2,733,770
30	217,708	237,805	432,215	472,410	861,230	941,620	2,577,290	2,818,460
31	224,550	245,085	445,900	486,970	888,600	970,740	2,659,400	2,905,820
32	231,618	252,595	460,035	501,990	916,870	1,000,780	2,744,210	2,995,940
33	238,915	260,343	474,630	517,485	946,060	1,031,770	2,831,780	3,088,910
34	246,448	268,335	489,695	533,470	976,190	1,063,740	2,922,170	3,184,820
35	254,225	276,580	505,250	549,960	1,007,300	1,096,720	3,015,500	3,283,760
36	262,253	285,083	521,305	566,965	1,039,410	1,130,730	3,111,830	3,385,790
37	270,535	293,855	537,870	584,510	1,072,540	1,165,820	3,211,220	3,491,060
38	279,080	302,900	554,960	602,600	1,106,720	1,202,000	3,313,760	3,599,600
39	287,898	312,228	572,595	621,255	1,141,990	1,239,310	3,419,570	3,711,530
40	296,990	321,845	590,780	640,490	1,178,360	1,277,780	3,528,680	3,826,940
41	306,368	331,760	609,535	660,320	1,215,870	1,317,440	3,641,210	3,945,920
42	316,030	341,978	628,860	680,755	1,254,520	1,358,310	3,757,160	4,068,530
43	325,990	352,508	648,780	701,815	1,294,360	1,400,430	3,876,680	4,194,890
44	336,250	363,353	669,300	723,505	1,335,400	1,443,810	3,999,800	4,325,030
45	346,818	374,523	690,435	745,845	1,377,670	1,488,490	4,126,610	4,459,070
46	357,695	386,043	712,190	768,885	1,421,180	1,534,570	4,257,140	4,597,310
47	368,888	397,973	734,575	792,745	1,465,950	1,582,290	4,391,450	4,740,470
48	380,393	410,350	757,585	817,500	1,511,970	1,631,800	4,529,510	4,889,000
49	392,305	423,228	781,410	843,255	1,559,620	1,683,310	4,672,460	5,043,530
50	404,710	436,700	806,220	870,200	1,609,240	1,737,200	4,821,320	5,205,200
51	417,658	450,983	832,115	898,765	1,661,030	1,794,330	4,976,690	5,376,590
52	431,310	466,810	859,420	930,420	1,715,640	1,857,640	5,140,520	5,566,520
53	445,935	483,310	888,670	963,420	1,774,140	1,923,640	5,316,020	5,764,520
54	462,765	500,725	922,330	998,250	1,841,460	1,993,300	5,517,980	5,973,500
55	480,955	518,903	958,710	1,034,605	1,914,220	2,066,010	5,736,260	6,191,630

A100/1

ข้อกำหนดการรับประกันภัย

- จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 50,000 บาท
- อายุรับประกันภัย 20 - 55 ปี
- ไม่ต้องแถลงสุขภาพ ไม่ต้องตรวจสุขภาพ และ ไม่ต้องตรวจ HIV ทุกราย
- ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมใดๆ รวมถึงไม่มีการแถมสัญญาเพิ่มเติมการยกเว้นชำระเบี้ยประกันภัย (WP)
- ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแบบประกันภัย และไม่สามารถเพิ่ม/ลดจำนวนเงินเอาประกันภัยได้
- ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

หมายเหตุ • แบบประกันภัยนี้สามารถหักลดหย่อนภาษีได้ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด • เบี้ยประกันภัยรวมต้นทุนคงที่ต่อกรมธรรม์ จำนวน 3,200 บาท ต่อกรมธรรม์ สำหรับแบบประกันสมาร์ทบำนาญ60 A100/1 • ไม่รับชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตในทุกกรณี • เอกสารนี้ถือเป็นทรัพย์สินของบริษัทฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นเท็จ บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือ วันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือ วันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยในเฉพาะส่วนที่เพิ่ม • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันต่ออายุกรมธรรม์ หรือ วันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยเฉพาะส่วนที่เพิ่ม บริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระให้แก่บริษัทฯ มาแล้วทั้งหมด โดยหักคืนหนี้สินทั้งหมด (ถ้ามี) • แถลงอายุคลาดเคลื่อน และอายุที่ถูกต้องอยู่นอกจำกัดอัตราเบี้ยประกันภัยตามทางค้าปกติของบริษัท บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาได้ • การนำส่งเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทฯ เป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น โดยท่านสามารถเลือกชำระเบี้ยประกันภัยได้ในช่องทางต่างๆ ดังนี้ 1. ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 2. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคาร เข้าบัญชี 3. ชำระด้วยเช็คหรือแคชเชียร์เช็ค 4. ชำระผ่านตู้ ATM 5. ชำระผ่าน internet banking/ Mobile Application 6. ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานใหญ่ของบริษัท • ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์แล้ว โปรดศึกษารายละเอียด ข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์

เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ และเงื่อนไขต่างๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์

คำเตือน ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตทุกครั้ง

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารมหาณอิสสระทาวเวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 I Call Center 0-2762-7777 I www.samsunglife.co.th
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

SAMSUNG LIFE INSURANCE

เอกสารนี้ถือเป็นทรัพย์สินของบริษัทฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

SAMSUNG LIFE INSURANCE

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ
(ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

☐ แบบไม่มีเงินปันผล (Non Par) ☐ แบบมีเงินปันผล (Par)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่_____
ชื่อตัวแทน / นายหน้า_____
ใบอนุญาตเลขที่_____รหัส_____
ผู้บริหารตัวแทน_____รหัส_____

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาญอิสสระทาวเวอร์ 2
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย_____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ส่วนสูง _____ซม.
เชื้อชาติ_____สัญชาติ_____วัน/เดือน/ปีเกิด __ __ /__ __/__ __ __ __ อายุ _____ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย น้ำหนัก _____กก.
ชื่อภรรยา/สามี_____ เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ_____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว_____วันบัตรหมดอายุ_____

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่_____หมู่บ้าน/อาคาร_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____ถนน_____
แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____

ข. ชื่อสถานที่ทำงาน_____อาคาร_____เลขที่_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____
ถนน_____แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____

ค. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่_____หมู่บ้าน/อาคาร_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____ถนน_____
แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน อีเมล์_____
โทรศัพท์บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____ โทรศัพท์มือถือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____
โทรศัพท์ที่ทำงาน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ_____

3. อาชีพประจำ_____ตำแหน่ง_____ลักษณะธุรกิจ_____รายได้ต่อปี_____บาท

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

5. แบบประกันภัย_____ จำนวนเงินเอาประกันภัย_____บาท เบี้ยประกันภัย_____บาท

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย
☐ ราย 12 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 1 เดือน ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
ระยะเวลาเอาประกันภัย_____ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย_____ปี

กรณีมีเงินคืนตามสัญญา / เงินปันผล ขอเลือกรับเป็น
(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง บริษัทฯ จะจ่ายเป็นเช็ค)
☐ เช็ค
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร_____สาขา_____
เลขที่_____ (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์)
☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อสะสม (เฉพาะแบบประกันที่มีเงินปันผล (Par) เท่านั้น)

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้_____บาท
ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่_____
ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ โอนเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ (แนบใบ pay – in)
☐ เช็คธนาคาร_____เลขที่_____ลงวันที่_____
☐ บัตรเครดิต เลขที่_____
ชื่อเจ้าของบัตร_____
ความสัมพันธ์ของเจ้าของบัตรกับผู้ขอเอาประกันภัยคือ_____
คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

6. ชื่อ-นามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย_____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
(ชื่อ-นามสกุลเดิม_____) เชื้อชาติ_____สัญชาติ_____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อายุ_____ปี วัน/เดือน/ปีเกิด _ _/_ _/_ _ _ _ เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ_____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว_____วันบัตรหมดอายุ_____
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย_____อาชีพ_____
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่_____หมู่บ้าน/อาคาร_____หมู่ที่_____ตรอก/ซอย_____ถนน_____
แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____
โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

ผู้ขอเอาประกันภัยลงนาม.....

ส่วนที่ 2 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ หรือ ◯)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีโปรดระบุ ◯ ถือสัญชาติอเมริกัน ◯ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ◯ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา (US TIN) _____

2. คำยินยอมและข้อตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ชัมชุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่าให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 3 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ **มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

☐ **ไม่มีความประสงค์**

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา / มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีมีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่