

People.
Love

ออมติดจรวด รับผลตอบแทนที่ รวดเร็วและคุ้มค่า

รับเพียง
100 ล้านบาท
เท่านั้น

พาสก์เซฟวิ้ง 5/3 (21)

ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 3 ปีคุ้มครอง 5 ปี

ให้เงินคืนรวมสูงสุดถึง 324%*

อัตราผลตอบแทนสูงถึง 2% ต่อปี (เมื่ออยู่ครบสัญญา)

รับประกันถึงอายุ 75 ปี

*ของจำนวนเงินเอาประกันภัย



SAMSUNG
LIFE INSURANCE

SAMSUNG

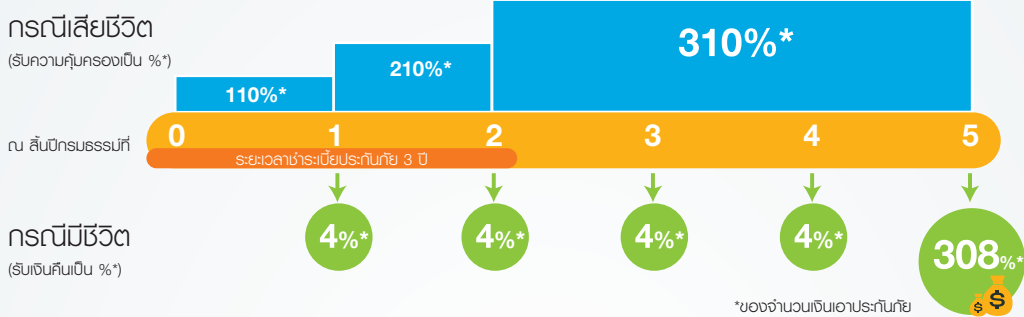
ชื่อลูกค้า _____ โทรศัพท _____ ลายเซ็น _____

นำเสนอโดย _____ โทรศัพท _____ ลายเซ็น _____ วัน / เวลาที่เสนอขายประกันภัย _____

วางแผนเงินออมให้ทะยานขึ้นอย่างคึกคัก พร้อมรับผลตอบแทนที่รวดเร็ว เหมือนติดจรวด ด้วยแบบประกันภัยพาสก์เชฟวิ้ง 5/3 (21)

- ✓ **คุ้มครองชีวิต**
- ✓ **คุ้มครองเงินต้นตลอดสัญญา**
- ✓ **เงินคืนพร้อมผลตอบแทนไม่ต้องเสียภาษี**

ผลประโยชน์ที่ได้รับ



ตัวอย่างการออมเงิน 1,000,000 บาท กับแบบประกันภัยพาสก์เชฟวิ้ง 5/3 (21)

ตารางเปรียบเทียบผลตอบแทนระหว่างแบบประกันภัยพาสก์เชฟวิ้ง 5/3 (21) กับการออมเงินไว้กับธนาคาร

สิ้นปี กรมธรรม์ที่	เงินออมและความคุ้มครองชีวิต			เงินคืนตามสัญญา		ออมเงินไว้กับธนาคาร		
	เงินออมสะสม	อัตราความคุ้มครอง	ความคุ้มครอง	อัตราเงินคืน	รับเงินคืน	อัตราดอกเบี้ย 0.45%**	หักภาษี 15%	รวมสิ้นปี
1	1,000,000	110%	1,100,000	4%	40,000	4,500	675	1,003,825
2	2,000,000	210%	2,100,000	4%	40,000	9,017	1,353	2,011,490
3	3,000,000	310%	3,100,000	4%	40,000	13,552	2,033	3,023,009
4		310%	3,100,000	4%	40,000	13,604	2,041	3,034,572
5		310%	3,100,000	308%	3,080,000	13,656	2,048	3,046,179
	3,000,000				3,240,000	54,328	8,149	3,046,179

**อัตราดอกเบี้ยฝากประจำ 24 เดือนของธนาคารชั้นนำ 4 แห่ง ได้แก่ ธ.กสิกรไทย ธ.กรุงไทย ธ.กรุงศรีอยุธยา และ ธ.ไทยพาณิชย์ ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2564

สรุปผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์เมื่ออยู่ครบกำหนดสัญญา

รวมรับเงินตลอดอายุสัญญา	3,240,000 บาท
หักเงินออม	3,000,000 บาท
ผลตอบแทนสุทธิ	240,000 บาท
ผลตอบแทนสุทธิ (ธนาคาร)	46,179 บาท
ส่วนต่างผลตอบแทนเทียบกับการออมเงินไว้กับธนาคาร	193,821 บาท

อัตราผลตอบแทนสุทธิ

2% ต่อปี

อัตราเบี้ยประกันภัยรายปี 1,000 บาท ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท เท่ากัน ทุกเพศ ทุกอายุ

ข้อกำหนดการรับประกันภัย

- รับประกันภัยตั้งแต่อายุ 1 วัน ถึง 75 ปี • จำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ 200,000 บาท • ชำระเบี้ยประกันภัยเป็นงวดรายปีเท่านั้น
- ไม่รับชำระค่าเบี้ยประกันภัยด้วยบัตรเครดิต • ไม่ต้องแถลงสุขภาพ ไม่ต้องตรวจสุขภาพ ไม่ต้องตรวจ HIV ทุกอายุ ทุกพื้นที่ • ไม่สามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมใดๆ ได้

หมายเหตุ • แบบประกันภัยนี้ไม่สามารถหักลดหย่อนภาษีได้ตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด • เอกสารนี้ถือเป็นทรัพย์สินของบริษัทฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต • กรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นเท็จ บริษัทฯ จะบอกล้างสัญญาภายใน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือวันที่ต่ออายุกรมธรรม์ หรือวันที่กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยเฉพาะส่วนที่เพิ่ม บริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระให้แก่บริษัทฯ มาแล้วทั้งหมด โดยหักคืนหนี้สินทั้งหมด (ถ้ามี) • แลกอายุคนลาเคลื่อน และอายุที่ถูกต้องอยู่นอกจำกัดอัตราเบี้ยประกันภัยตามทางคำปกติของบริษัทฯ บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาได้ • การนำส่งเบี้ยประกันภัยให้แก่บริษัทฯ เป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น โดยท่านสามารถเลือกชำระเบี้ยประกันภัยได้ในช่องทางต่างๆ ดังนี้ 1. ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส 2. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ของธนาคารเข้าบัญชี 3. ชำระด้วยเช็คหรือแคชเชียร์เช็ค 4. ชำระผ่านตู้ ATM 5. ชำระผ่าน internet banking/ Mobile Application 6. ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานใหญ่ของบริษัทฯ • ผู้เอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัยเมื่อได้ รับกรมธรรม์แล้ว โปรดศึกษารายละเอียด ข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์ • แบบประกันภัยนี้เป็นการทำประกันชีวิตไม่ใช่อการฝากเงินกับธนาคารและมีข้อจำกัดในการเวนคืนกรมธรรม์จำนวนเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยที่ได้รับอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระมาแล้ว โดยเฉพาะในปีแรกๆ ของการทำประกันชีวิต

เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ ความคุ้มครอง และเงื่อนไขต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์

คำเตือน **พู่ใจ** ควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันชีวิตทุกครั้ง

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ
(ชนิดไม่มีค่าถามสุขภาพ)

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

แบบไม่มีเงินปันผล (Non Par) แบบมีเงินปันผล (Par)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____
ชื่อตัวแทน / นายหน้า _____
ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัส _____
ผู้บริหารตัวแทน _____ รหัส _____

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
ชื่อภรรยา/สามี _____ เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่นๆ _____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____
หน้าหนัก _____ กก.

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 อีเมล _____
โทรศัพท์บ้าน ไม่มี มี ระบุ _____ โทรศัพท์มือถือ ไม่มี มี ระบุ _____
โทรศัพท์ที่ทำงาน ไม่มี มี ระบุ _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อปัจจุบันคือ _____

3. อาชีพประจำ _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท

4. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ผู้รับประโยชน์ (ระบุคำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ / เอกสารที่หน่วยงานรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

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 (แบบใบ 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 _____
เลขที่บัตรประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว _____ วันบัตรหมดอายุ _____
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ อาชีพ _____
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย

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

1. การรับรองสถานะ (กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หรือ)

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มีโปรตุเกส ถิ่นสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถิ่นสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดผลบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุหมายเลขประจำตัวเสียภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกา (US TIN) _____

2. คำยินยอมและข้อตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ชัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

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 บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 3 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร 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)

(.....)

พยาน

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

บิดา / มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

กรณีมีการแก้ไข ชัดช้า ขูดลบ ให้ลงลายมือชื่อกำกับทุกที่