

# พีเอ พลัส

## ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Person Accident)

อุบัติเหตุ นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความควบคุมของเราเพียงคนเดียว แต่อยู่ที่สภาพแวดล้อมหรือบุคคลอื่นด้วย เพราะต่อให้เรามีความรอบคอบและไม่ประมาทเป็นอย่างดีแล้ว แต่ถ้าสภาพแวดล้อมเกิดบกพร่องหรือคนอื่นประมาท เราก็มีโอกาสได้รับความเสียหาย โดยที่เราคาดไม่ถึงด้วยเช่นเดียวกัน

**พีเอ พลัส** กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- **คุ้มครองการเสียชีวิตและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะ หรือสายตาเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ**
- **ชดเชยรายได้จากการทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ**
  - ✦ **เพิ่มความคุ้มครองค่าปลงศพสำหรับการเสียชีวิตจากทุกกรณี**
  - ✦ **ขยายความคุ้มครองการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง**
    - จากอุบัติเหตุสาธารณะ ● จากการขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์ ● จากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย
    - จากการนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล
- **เบี้ยประกันภัยสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้**

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

2922/222-227 ชั้น 15 อาคารพาณิชย์สิริทาวเวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกอกปี เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 | Call Center 0-2762-7777 | www.samsunglife.co.th  
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

SAMSUNG  
LIFE INSURANCE

SAMSUNG

# ฟิโอ พลัส

ความคุ้มครองและผลประโยชน์	ฟิโอ พลัส 10,000	ฟิโอ พลัส 20,000
1. เสียชีวิตทุกกรณี	110,000 ค่าปลงศพ*	220,000 ค่าปลงศพ*
2. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ: สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ		
• เสียชีวิต	200,000 + 1	400,000 + 2
• ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	200,000	400,000
• สูญเสีย มือสองข้าง หรือเท้าสองข้าง หรือสายตาสองข้าง	200,000	400,000
• สูญเสีย มือหนึ่งข้างและเท้าหนึ่งข้าง หรือมือหนึ่งข้างและสายตาด้านหนึ่งข้าง หรือเท้าหนึ่งข้างและสายตาด้านหนึ่งข้าง	200,000	400,000
• สูญเสีย มือหนึ่งข้าง หรือเท้าหนึ่งข้าง หรือสายตาด้านหนึ่งข้าง	120,000	240,000
3. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ (ไม่เกิน 52 สัปดาห์)	500 ต่อสัปดาห์	700 ต่อสัปดาห์
4. ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายตามจริง สูงสุดต่อครั้ง)	25,000 ต่อครั้ง	30,000 ต่อครั้ง
5. คุ้มครองอุบัติเหตุสาธารณะ:	400,000 + 1	800,000 + 2
6. ขยายความคุ้มครอง จากข้อ 2. เนื่องจากสาเหตุดังนี้		
• จากการขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์	75,000 + 1	150,000 + 2
• จากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย	200,000 + 1	400,000 + 2
• จากการนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	200,000 + 1	400,000 + 2

บริษัทฯ จะจ่ายค่าปลงศพ 1 หรือ 2 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตเท่านั้น  
 \*ผลประโยชน์ ค่าปลงศพ มีระยะเวลารอคอย 180 วัน นับจากวันที่มีผลบังคับครั้งแรก หากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยภายในระยะเวลาดังกล่าว จะไม่มีสิทธิได้รับเงินผลประโยชน์ค่าปลงศพ

เบี้ยประกันรายต่อปี	ฟิโอ พลัส 10,000	ฟิโอ พลัส 20,000
เบี้ยประกันรายต่อปี สำหรับอายุ 16 - 60 ปี เบี้ยประกันรายต่อปีสำหรับหลักลดหย่อนภาษี	1,500 1,129	2,300 1,514
เบี้ยประกันรายต่อปี สำหรับอายุ 61 - 65 ปี เบี้ยประกันรายต่อปีสำหรับหลักลดหย่อนภาษี	1,800 1,352	2,700 1,772
เบี้ยประกันรายต่อปี สำหรับอายุ 66 - 70 ปี (สำหรับปีต่ออายุเท่านั้น) เบี้ยประกันรายต่อปีสำหรับหลักลดหย่อนภาษี	2,200 1,647	3,200 2,093
เบี้ยประกันรายสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ตามที่สรรพากรกำหนด ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 315		

## เงื่อนไขการพิจารณารับประกันภัย

- ไม่ต้องตรวจสุขภาพ • อายุรับประกันภัย 16 - 65 ปี ต่ออายุได้ถึงอายุ 70 ปี • รับประกันภัยเงินอาชีวะ 1 - 2 และรับเฉพาะภัยมาตรฐานเท่านั้น
- จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุดเมื่อรวมกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลทุกกรมธรรม์ต้องไม่เกิน 4,000,000 บาท และไม่เกิน 5 เท่าของรายได้ต่อปี
- สามารถซื้อได้ 1 แผน ต่อผู้เอาประกันภัย 1 ราย

### รายละเอียดการจ่ายแก่อาชีวะ สำหรับแบบประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ฟิโอ พลัส

**อาชีพชั้น 1 ผู้ประกอบอาชีพในสำนักงาน (ไม่มีความเสี่ยงในสำนักงานแต่อย่างใด) ได้แก่**  
 นักเรียน - นักศึกษา • ข้าราชการ • ครู • อาจารย์ • แคชเชียร์ (พนักงานเก็บเงิน) • ผู้บริหารองค์กรธุรกิจ • แพทย์ (ยกเว้น ศัลยแพทย์/ทันตแพทย์/สัตวแพทย์) • นักบัญชี • พนักงานการเงิน • นักกฎหมาย • ผู้พิพากษา • อัยการ (ไม่ได้ออกนอกสถานที่) • จิตรกร (ในสำนักงาน) • สถาปนิก • ผู้จัดการและเสมียน (บริษัทนำสินค้าเข้า - ออก ซึ่งมีหน้าที่ในสำนักงานเท่านั้น/ธนาคาร/บริษัทประกัน/บริษัทเดินเรือ) • ฯลฯ

**อาชีพชั้น 2 ผู้ประกอบอาชีพควบคุมในสำนักงาน หรือต้องมีการออกนอกสถานที่ ได้แก่**  
 ผู้แทน • ผู้จัดการ (บริษัทท่องเที่ยว/โรงแรม/โรงงาน/โรงพยาบาล/ภัตตาคาร) • ผู้จัดการบริษัทรักษาความปลอดภัย • ผู้จัดการฝ่ายศิลป์ • ผู้จัดการฝ่ายผลิต • ศัลยแพทย์ • ทันตแพทย์ • สัตวแพทย์ • เกษิกกร • นางผดุงครรภ์ • นางพยาบาล • นักเคมี • พนักงานขาย • เซลล์แมน • พนักงานจัดสินค้า • พนักงานขายของหน้าร้าน • พนักงานเก็บเงิน (ที่ปฏิบัติงานหลายอย่าง) • ศิลปิน (ทำงานนอกสถานที่) • เจ้าของและพนักงาน (ร้านเสื้อผ้า/ร้านเพชรพลอย/ร้านทอง) • นักดนตรี • นักร้อง • เจ้าของ (กองมรดก/บ้านจัดสรร/บ้านเช่า/สวน (ไม่ได้ลงมือทำ)) • ช่างภาพ • นักข่าว • ผู้ตรวจการ (รัฐบาล/ธุรกิจ) • นักกฎหมาย - นายความ (ออกนอกสำนักงาน) • เจ้าหน้าที่สินเชื่อ • เจ้าหน้าที่ประมวลงานทั่วไป • ศึกษานิเทศก์ ฯลฯ

**อาชีพที่ไม่รับประกัน**  
 • คนงานก่อสร้างตึกสูง หอคอย คนงานปั้นฉนวน คนเรียงอิฐ งานก่อสร้าง พนักงานสร้างเขื่อน • งานเกี่ยวกับการวางสาย/ซ่อมบำรุง (ต่อสาย พาดสายบนเสาไฟฟ้า ใต้ดิน อุโมงค์) • กรรมกร (ทำความสะอาดท่อระบายน้ำ อยู่ในโรงโม่หิน ในโรงงานผลิตแก๊ส วัตถุระเบิด และอื่นๆ) • ก่อสร้างอุโมงค์แรงดันอากาศ • คนขนทราย (กรรมกร) • กรรมกรทำความสะอาดท่อระบายน้ำ • กรรมกรในธุรกิจโรงงานผลิตแก๊ส วัตถุระเบิด และอื่นๆ • กิจวัตรกรรม นักมวยไทย ชิมก้างงู กีฬาทางน้ำ สก๊อตเตอร์ นักประดาน้ำ นักแข่งรถ ล่าสัตว์ • ชาวประมง (ยกเว้นทำงานบนฝั่งเท่านั้น) • ขนส่งทางทะเล (คนประจำคาค่า คนดับเพลิง หน่วยกู้ภัยเรืออับปาง) • งานโฆษณา (คนติดตั้งป้าย/เรือป้ายในที่สูง) • คนติดตั้งเสาอากาศในที่สูง (วิทยุ โทรศัพท์) • ทหาร ตำรวจ ทหารลาดตระเวน (ยกเว้นผู้ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานซึ่งไม่มีความเสี่ยง เช่น อธิการ การเงิน) • นักบิน (พลประจำเฮลิคอปเตอร์ ประจำการใกล้ชายแดน) กองบินตำรวจ • กรมประมงล่าวางกลาง • หน่วยป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปฏิบัติหน้าที่ในเขตแทรกซึม • พนักงานดับเพลิง/คนดับเพลิง • ขับรถบรรทุกแก๊ส • ผู้แสดงบนเวที/แสดงแทนดาราส่งผาดโผน • ละครส์ตีว/ผู้แสดงกับสัตว์ร้าย • อาชีพที่ไม่ถูกกฎหมายหรือสื่อไปในทางทุจริต • อาชีพอื่นๆ บางอาชีพที่เสี่ยงภัยสูง ซึ่งบริษัทฯ ไม่สามารถรับประกันชีวิตในอัตราปกติได้ โดยบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์พิจารณาเป็นรายๆ ไป

**ภัยที่ไม่รับประกันการรับประกันภัย**  
 ร่างกายพิการ วิกฤตจิต สติฟั่นเฟือน สุขภาพไม่ดี หรือมีโรคประจำตัวที่อันตราย เช่น โรคหัวใจ วันโรค มะเร็ง ความดันโลหิตผิดปกติ เบาหวาน ลมบ้านหนู ซ้ออักเสบ เป็นผู้ติดยาเสพติด หรือดื่มสุราเป็นประจำ หรือเคยถูกลอบทำร้ายจากผู้อื่นโดยเจตนา หรือมีสำเนาอยู่ในท้องที่ที่ไม่มีแพทย์แผนปัจจุบัน หรือเป็นบุคคลล้มละลาย

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงสรุปความคุ้มครองเท่านั้น ผลประโยชน์ ความคุ้มครอง และเงื่อนไขต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์  
 ค่าเดือน พู่อหรือควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง

## ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

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

- กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี  
 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน

เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_  
ชื่อตัวแทน / นายหน้า \_\_\_\_\_  
ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_  
ผู้บริหารตัวแทน \_\_\_\_\_ รหัส \_\_\_\_\_  
ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่ \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง  
สถานภาพ  สมรส  โสด  หม้าย  หย่า เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรข้าราชการ  ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว  หนังสือเดินทาง  
เลขที่ \_\_\_\_\_ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ ประเทศ \_\_\_\_\_

อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	สัญชาติ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
สถานที่สะดวกในการติดต่อ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์บ้าน  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ  ไม่มี  มี ระบุ \_\_\_\_\_  
ชื่อสถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ ตั้งอยู่ที่ \_\_\_\_\_  
รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อาชีพปัจจุบัน \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_ ชั้นอาชีพ \_\_\_\_\_  
เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ \_\_\_\_\_ บาท แหล่งที่มา/หน่วยงาน \_\_\_\_\_

2. ผู้รับประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

3.  กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี  
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา 16.30 น.  
 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน  
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา 16.30 น. กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติวันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ  แผน \_\_\_\_\_

ข้อตกลงความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)			
ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์			
ข้อ 4. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน			
ข้อ 6. ขาดเขยรายได้ระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณภัย			

5. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติมดังนี้

ข้อตกลงความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
5.1 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ. 3.1)		
5.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ. 3.2)		
5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (อ.บ. 3.3)		
5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ. 3.4)		
5.5 การก่อการร้าย (อ.บ. 3.5)		
5.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ. 5)		
5.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ. 6)		
เบี้ยประกันภัย รวมทั้งสิ้น		

6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่มี  มี หรือ ได้ขอ  
ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด \_\_\_\_\_ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด \_\_\_\_\_ บาท  
โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่น

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการ  
ประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

8. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?  ไม่เป็น  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ

9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?  ไม่ดื่ม  ดื่มเป็นครั้งคราว  ดื่มเป็นประจำ

10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
ถ้าเคยโปรดแจ้งระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  
ลักษณะการบาดเจ็บ \_\_\_\_\_  
ผลการรักษา \_\_\_\_\_ แพทย์ / ร.พ. หรือสถานรักษา \_\_\_\_\_

11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
11.4 โรคนิ่ว <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	

12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ \_\_\_\_\_

13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ \_\_\_\_\_

14. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?  ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุ \_\_\_\_\_

15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุ \_\_\_\_\_

**ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล**  
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่  
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด  
และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non - Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร  
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่  -  -  -  -   
 ไม่มีความประสงค์

**ส่วนที่ 3 ข้อความยินยอมยื่นถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**  
ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____ (.....) พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต	(ลงชื่อ) _____ (.....) ผู้ขอเอาประกันภัย
(ลงชื่อ) _____ (.....) พยาน	(ลงชื่อ) _____ (.....) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ <input type="checkbox"/> บิดา / มารดา <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)