

● ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล..... สัญชาติ.....
 อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่ออาคาร.....
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 บัตรประชาชน ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
 เลขที่..... ออกให้ ณ เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....
 อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป.....
 ที่อยู่ทำงาน.....
 รายได้ต่อเดือน..... บาท รายได้รวมต่อปี..... บาท ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....

● คู่สมรส (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล..... สัญชาติ.....
 อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก. ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่ออาคาร.....
 เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 บัตรประชาชน ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
 เลขที่..... ออกให้ ณ เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....
 อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป.....
 ที่อยู่ทำงาน.....
 รายได้ต่อเดือน..... บาท รายได้รวมต่อปี..... บาท ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....

● บุตร 1. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....
 บุตร 2. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....
 บุตร 3. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....
 บุตร 4. ชื่อ..... นามสกุล..... สัญชาติ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....

● ระยะเวลาประกันภัย 1 ปี เริ่มคุ้มครองวันที่..... สิ้นสุดวันที่.....

ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	ผู้เอาประกันภัย	คู่สมรส
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โรคลมบ้าหมู	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
ท่านเคยรับการรักษา หรือเคยรับการผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โปรดระบุชื่อสถานพยาบาล ลักษณะความเจ็บป่วย ผลการรักษา แพทย์ระบุว่าท่านเป็นโรค
ท่านมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โปรดระบุ
ท่านเคยขอเอาประกันชีวิต หรือเคยขอเอาประกันอุบัติเหตุให้โดยร้ายแรงหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย มากกว่าหนึ่งบริษัท โปรดระบุ
ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือถูกบอกเลิกสัญญาในการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
โปรดระบุบริษัท สาเหตุที่ถูกบอกเลิก

- การให้ความยินยอมในการส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างต้น เป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

- ข้อตกลงคุ้มครอง และจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน แผน

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่ สาขา

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.