

ใบคำขอเอาประกันชีวิต ประเภทกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ โครงการ.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญา ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865	ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....
--	---

ข้อมูลผู้เสนอขายของบริษัท

การชำระค่าเบี้ยประกันภัย ขอสินเชื่อเพื่อชำระเบี้ยประกันภัย (LOAN) ชำระด้วยเงินสด/เงินโอน (CASH)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย เพศ ชาย หญิง
 ชื่อและนามสกุลเดิม.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง (passport) ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
 เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันหมดอายุ.....
 กรณีสมรส ภรรยา/สามีชื่อ.....นามสกุล.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อีเมล.....

ข. ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อีเมล.....

ค. สถานที่ทำงาน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อสถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่.....
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน.....
 โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน

เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ: หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ

3. อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี.....บาท
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)..... ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
 ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี.....บาท

4. รายละเอียดสินเชื่อ

สัญญาเงินกู้เลขที่.....วงเงินสินเชื่อที่อนุมัติ / ค่าชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
 ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่.....ปี ผู้กู้ร่วม ไม่มี มีคน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 1 ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 2 ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท
 ชื่อ-สกุล ผู้กู้ร่วมคนที่ 3 ไม่ทำประกัน ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย.....บาท

5. รายละเอียดการขอเช่าประกันภัย
 ชื่อแบบสัญญาประกันภัย.....ระยะเวลาเช่าประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
 วงการชำระเบี้ย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว รายปี ราย 6 เดือน ราย 3 เดือน รายเดือน

สัญญาการประกันภัย	จำนวนเงินเช่าประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
		เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น

6. รายละเอียดเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยในการขอเช่าประกันภัย
 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมการยื่นใบค่าเช่าเช่าประกันภัยฉบับนี้ บาท
 ชำระเป็น เงินสด เช็ค อื่นๆ โปรดระบุ.....
 ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงิน เลขที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเช่าประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป (ถ้ามี) ผู้ขอเช่าประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย / เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

7. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์
 ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ได้ผลประโยชน์ตามภาระหนี้สินที่ผู้ขอเช่าประกันภัยมีกับผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ถ้าเหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันภัย ให้จ่ายแก่ผู้รับประโยชน์รอง ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์รอง ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	เลขประจำตัวประชาชน /หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

8. ผู้ขอเช่าประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเช่าประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมสิทธิ์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

*กรณีที่มีกรรมสิทธิ์ประกันภัยมากกว่าตารางด้านบน โปรดระบุเพิ่มในข้อ 16

9. ผู้ขอเช่าประกันภัยเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
 ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด ปริมาณ ความถี่ ครั้ง ต่อสัปดาห์ เสพมานาน ปี
 เลิกเสพเมื่อ

10. ผู้ขอเช่าประกันภัยเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

11. ผู้ขอเช่าประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
 ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
 เลิกดื่ม เมื่อ

12. ผู้ขอเช่าประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่
 ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน ต่อวัน สูบมานาน ปี
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

13. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของผู้อยู่เช่าประกันภัยเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเช่าประกันภัย

14. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา
 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเช่าประกันภัยเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

15. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

ไม่เคย เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต <input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง/ติชาน <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย <input type="checkbox"/> โรคจิตเวช
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือ การรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/การรักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

16. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามกรภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

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. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ไม่มี มี

๒. คำรับรอง

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

(2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัย ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ผู้ขอเอาประกันภัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ผู้ขอเอาประกันภัยจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (๓) และ (๔) ผู้ขอเอาประกันภัยให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันด้วยถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ผู้ขอเอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้ขอเอาประกันภัยเพิกถอนความยินยอมตามข้อ ๒. หรือข้อ ๓. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อกรพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ผู้ขอเอาประกันภัยรับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ในไหวของของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

7. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยได้มีการขอสินเชื่อที่ธนาคารหรือสถาบันการเงินและผู้ขอเอาประกันภัยผ่านธนาคารหรือสถาบันการเงิน ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้อาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดบัญชีเงินกู้ (ได้แก่ เลขที่บัญชีเงินกู้ วงเงินสินเชื่ออนุมัติ หนี้สินคงค้าง ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ และวันที่อนุมัติสินเชื่อ) และข้อมูลรายละเอียดหลักประกันที่เกี่ยวข้องกับบัญชีเงินกู้ของผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ในกรณีข้อมูลรายละเอียดหลักประกันเป็นข้อมูลของบุคคลอื่น ผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่าบุคคลนั้นได้ยินยอมให้อาคารหรือสถาบันการเงินเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลนั้นให้แก่บริษัทเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นด้วย

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากผู้เอาประกันภัยใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยโดยขอเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกหนังสือรับรองการประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนหนังสือรับรองการประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับแจ้งการใช้สิทธิยกเลิกการประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

การให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

วันที่.....

โดยการทำเครื่องหมาย ลงในช่อง และลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้

ข้าพเจ้า (ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาว)ผู้ขอเอาประกันภัย

โดย (นาย/นาง/นางสาว)ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

เลขประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

อีเมล ขอขียนยืนยันถ้อยแถลงในใบคำขอเอาประกันภัยและยินยอมให้

บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลภายใต้ขอบเขตวัตถุประสงค์นี้

การให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล เป็นต้น และข้อมูลอ่อนไหวตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนดของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ซึ่งรวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่น และ/หรือยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว แก่ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ผู้ประมวลผลข้อมูลในนามบริษัท หรือ ที่บริษัทว่าจ้าง เพื่อการวิเคราะห์ประมวลผล การพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ การดำเนินกิจกรรมทางการตลาดแบบตรง การสื่อสารด้านการตลาด ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอพิเศษ การจับฉลาก ซิงโซด งานอีเว้นท์ และการแข่งขันต่าง ๆ ที่ท่านอาจสนใจ ข้อมูลส่งเสริมการขายและสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัท หรือบริษัทในกลุ่มอากเนย์ธุรกิจประกันภัยและการเงินและพันธมิตรทางธุรกิจ ซึ่งรวมถึงการส่งข้อมูลดังกล่าวเพื่อการให้บริการ หรือทำการตลาดในต่างประเทศ การนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ตัวแทนหรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ ดิจิทัล จดหมายหรืออีเมล Facebook Line Official Account เป็นต้น การจัดการด้านสิทธิประโยชน์การให้บริการ หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ หรือกิจกรรมของบริษัท เช่น กิจกรรมเพื่อสังคม ผ่านช่องทางต่าง ๆ รวมถึงการเก็บข้อมูลการเข้าร่วมโครงการหรือการทำกิจกรรมดังกล่าว

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อ แต่การถอนความยินยอมจะไม่กระทบซึ่งสิทธิของบริษัทในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ตามฐานทางกฎหมายอื่นภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

หมายเหตุ : กรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิต ที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ ก. สำหรับบริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ยินยอมให้กับบริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ข. สำหรับบริษัทในกลุ่มอากเนย์ธุรกิจประกันภัยและการเงิน

ยินยอมให้กับบริษัทในกลุ่มอากเนย์ธุรกิจประกันภัยและการเงิน เพื่อดำเนินการตามลักษณะเดียวกับข้างต้น

ไม่ยินยอม

รายชื่อปรากฏตามลิงก์ <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/gth>



SCAN ME

ท่านสามารถศึกษานโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัว สำหรับ ลูกค้า โดยสแกน QR Code และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

หรือร้องขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนดได้ที่ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ผ่านศูนย์ดูแลลูกค้า

โทร. 0 2255 5656 หรืออีเมลมาที่ DPOSEG@tgh.co.th หรือติดต่อตามที่อยู่ที่

บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุ๊ป ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500



ลงชื่อ

()

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

แบบฟอร์มรับรองตนเองเพื่อปฏิบัติตามมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการเงินแบบอัตโนมัติ
Common Reporting Standard (CRS) สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
CRS Self-Certification form for individual Customer

*โปรดกรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ Please specify in English

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) <i>Applicant / Insured Name (Title/Name/Surname)</i>	ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ / กรมธรรม์เลขที่ <i>Application No. / Policy No</i>
---	---

วันเกิด (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.เกิด) *Date of birth (DD/MM/YYYY)* :

ที่อยู่เพื่อใช้ในการติดต่อ (Contact address):

สถานที่เกิด (เมือง / ประเทศ) *Place of Birth (City / Country)*

ส่วนที่ 1 **การแจ้งสถานความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา**
Part 1 **CRS: Declaration of all Tax Residency**

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศที่นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No
Do you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S.?

"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้น และหรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ
"tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง (หากท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่า 5 ประเทศ กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารเพิ่มเติม)
You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below. (If your tax resident is more than five countries, please use a separate sheet.)
 หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 2 นี้ *If you select "No" end the question in Part 2.*

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี <i>Country of Tax Residence</i>	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ <i>Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)</i>	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี <i>If the Taxpayer Identification Number (TIN) is unavailable, enter Reason A, B or C</i>	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ <i>If you select Reason B, Please explain why you are unable to obtain the Taxpayer Identification Number (TIN).</i>

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้ *If a TIN is unavailable indicate which of the following reason is applicable.*
เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ผู้ถือบัญชีมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น
Reason (A) - The jurisdiction where the account holder is a tax resident does not issue TIN to its resident.
เหตุผล (บี) - ผู้ถือบัญชียังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)
Reason (B) - The account holder is otherwise unable to obtain a TIN (Note: Please explain why you are unable to obtain a TIN)
เหตุผล (ซี) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้นไม่ได้บังคับจัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)
Reason (C) - TIN is not required. (Note: Only select this reason only if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of TIN issued by such jurisdiction)

ส่วนที่ 2 Part 2	การยืนยัน และการเปลี่ยนแปลงสถานะ Confirmation and Change of Status
<p>1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ เป็นจริง ถูกต้อง และครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <i>I confirm that the above information is true, accurate, complete and current.</i></p> <p>2. ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรมธรรม์ (หรือเป็นผู้มีอำนาจลงนามในฐานะผู้ถือกรมธรรม์) ในกรมธรรม์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้ <i>I am the policyholder (or am authorized to sign for the policyholder) of all the policy(ies) to which this form relates.</i></p> <p>3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่กรมสรรพากรเพื่อเป็นการปฏิบัติตาม พระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามประกาศความเป็นส่วนตัวสำหรับลูกค้าที่ปรากฏใน https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf <i>I acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer your Personal Data to the Revenue Department to comply with requirements set forth in the Emergency Decree Re: Exchanging information to comply with international agreements on taxation B.E.2566. For more detail on Personal Data handling, please read our Privacy Notice for customer https://www.southeastlife.co.th/Data_Privacy_Policy.pdf</i></p> <p>4. ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน <i>I acknowledge that the information contained in this form and information regarding me and any Reportable Account(S) may be provided to exchange with tax authorities of another country(ies) / jurisdiction(s) in which I may be a tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.</i></p> <p>5. ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบ และนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ปัจจุบัน <i>I agreed to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days, if there are any changes in circumstances that cause the provided information in this form to be incorrect, incomplete and not current.</i></p>	

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วจึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein and the Company's Privacy Policy by signing below.

วันที่ Date.....

.....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย
Applicant / Insured

.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ Giving Consent as
 บิดา/มารดา Parent
 ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Legal Representative/Legal Guardian of the Insured (in case the insured is a minor)