

ใบรับแจ้งเรียกร้อง สินไหมมรณกรรม

เลขที่รับแจ้ง วันที่ สาขา

ชื่อ - นามสกุลผู้แจ้ง ฯ โทรศัพท์ E-mail

ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกัน กรมธรรม์ฉบับที่ โทรศัพท์

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☒ หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น

เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้ (กรณีเอกสารไม่ถูกต้องสมบูรณ์ กรุณาส่งคืนเพื่อให้แก้ไขใหม่ให้ถูกต้อง)

ลำดับ	1. กรณีเสียชีวิต ด้วยสาเหตุจากโรค หรือเจ็บป่วย	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 1	กรมธรรม์ประกันชีวิต/หนังสือรับรองการประกันชีวิตต้นฉบับ		
☐ 2	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย หรือผู้สืบตระกูล กรณีเป็นผู้เยาว์ และผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้อง		
☐ 3	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ฉบับประทับตรา "ตาย" และผู้รับผลประโยชน์พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง		
☐ 4	สำเนาใบมรณบัตร ที่รับรองสำเนา โดยมีเจ้าหน้าที่อำเภอ/เขตลงนามรับรองพร้อมประทับตราอำเภอ/เขต		
☐ 5	ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาผู้ตาย ในการรักษาครั้งสุดท้าย (แบบอ้างสิทธิ ข.)		
☐ 6	สำเนาประวัติการรักษา หรือหนังสือรับรองการตาย หรือใบแจ้งการตาย		
☐ 7	แบบฟอร์มผู้อ้างสิทธิ (แบบอ้างสิทธิ ก.) โดยใช้คำร้อง 1 ฉบับต่อผู้รับประโยชน์ 1 คน		
☐ 8	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน รับรองสำเนาถูกต้อง		
☐ 9	สำเนาบัตรประชาชน หรือผู้สืบตระกูล (กรณีเป็นผู้เยาว์) ของผู้รับประโยชน์ทุกคน รับรองสำเนาถูกต้อง		
☐ 10	หนังสือยินยอมและมอบอำนาจขอรายงานแพทย์ ลงนามยินยอมโดยทายาทโดยธรรม จำนวน 3 ชุด		
☐ 11	สำเนาบัตรประชาชน และรับรองสำเนาถูกต้องโดยของทายาทผู้ให้ความยินยอม จำนวน 3 ชุด		
☐ 12	กรณีผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์/ทายาทโดยธรรม มีการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลให้แนบหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุล		
ลำดับ	2. กรณีเสียชีวิตจากเหตุผิดธรรมชาติ เช่น อุบัติเหตุ ฆาตกรรม อดวินิบาตกรรม ตายไม่ทราบสาเหตุ ให้นำส่งเอกสารเพิ่มเติมจากกรณีเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรค ดังนี้	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 13	สำเนาบ้นที่ประจำวัน รับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของท้องที่		
☐ 14	สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ(ด้านหน้าและด้านหลัง)/รายงานการตรวจศพ (กรณีมีการผ่าพิสูจน์ศพ) รับรองสำเนาเอกสารถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของท้องที่		
ลำดับ	3. กรณีเสียชีวิต โดยผลของกฎหมาย(บุคคลสาบสูญ) เอกสารเพิ่มเติมจากกรณีเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรค ให้นำส่งเอกสารต่อไปนี้แทนใบมรณบัตร ดังนี้	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 15	คำสั่งศาลที่สั่งให้เป็นคนสาบสูญ		
ลำดับ	4. กรณีการประกันภัยแบบคุ้มครองสินเชื่อ มีเจ้าหนี้เป็นผู้รับประโยชน์หลักเอกสารที่ต้องยื่น ดังนี้	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 16	หนังสือนำส่งแจ้งภาระหนี้สินจากเจ้าหนี้		
☐ 17	หนังสือสรุปยอดภาระหนี้สิน		

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อผู้รับแจ้ง/เจ้าหน้าที่สาขา..... ลงชื่อผู้แจ้ง.....

บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาการชดใช้เงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดใช้สินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทฯ จะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันภัยต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัท ทั้งนี้บริษัทจะใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว



คำแถลงของผู้อ้างสิทธิ

(ให้กรอกข้อความโดยบุคคลซึ่งมีสิทธิตามกฎหมายในเงินประกันตามกรมธรรม์)

กรมธรรม์ฉบับที่ จำนวนเงินที่ประกันไว้ บาท

คำถาม	คำตอบ
๑ บอกชื่อ (เต็ม) อาชีพหรือการงาน อายุ และที่อยู่ของบุคคลที่อ้างสิทธิตามกรมธรรม์ พร้อมกับความสัมพันธ์กับผู้ตาย	๑. ชื่อ อาชีพ อายุ ที่อยู่ติดต่อ อีเมล โทรศัพท์ ความเกี่ยวข้อง
๒ ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์หรือไม่? ถ้าไม่ ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องค่าชดเชยครั้งนี้	๒.
๓ (ก) บอกชื่อ อาชีพครั้งสุดท้ายและที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้ตาย (ข) ที่ที่ตายและวันที่ตาย ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย สาเหตุที่ทำให้ตายทันที และอายุขณะตายของผู้เอาประกัน	๓. (ก) ชื่อ อาชีพครั้งสุดท้าย ที่อยู่ครั้งสุดท้าย (ข) ที่ที่ตาย วันที่ตาย ระยะเวลาของการป่วยครั้งสุดท้าย สาเหตุที่ตายในทันที อายุขณะตาย
๔ ผู้ตายมีประกันชีวิตไว้อีกหรือไม่? ถ้ามี บอกชื่อบริษัท ปีและเลขที่กรมธรรม์	๔.
๕ (ก) ผู้ตายได้ป่วยครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร และตั้งแต่เมื่อใด (ข) การป่วยครั้งสุดท้ายมีอาการอย่างไร	๕.(ก) (ข)
๖ ชื่อแพทย์ผู้รักษาระหว่างป่วยครั้งสุดท้าย	๖.
ชื่อและที่อยู่ของแพทย์	
ชื่อโรค	
๗ ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ที่ได้รับการปรึกษาระหว่างสามปีสุดท้าย (๑) โปรดแจ้งด้วยว่าแพทย์คนใดบอกว่าป่วยเป็นอะไร (๒)	(๑) (๒)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เสียชีวิตที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เสียชีวิตต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปิดปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปิดปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลายมือชื่อ ผู้รับประโยชน์/ผู้ใช้สิทธิแทนผู้รับประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ลงชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า(พยาน)

ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลายมือชื่อ พยาน

ลายมือชื่อ พยาน

นาม (ตัวบรรจง)

นาม (ตัวบรรจง)



ใบรับรองของแพทย์ผู้รักษา

การอ้างสิทธิตามกรมธรรม์ฉบับที่ ในชีวิตของ (ผู้เอาประกัน)

(รับรองโดยแพทย์ผู้รักษาผู้ตายในการป่วยครั้งสุดท้าย)

๑ ชื่อเต็ม , ที่อยู่ และอายุของผู้เอาประกัน	๑. ชื่อ ที่อยู่ อาชีพ อายุ
๒ วันที่และที่ที่ตาย	๒. วันที่ตาย ที่ที่ตาย
๓ (ก) สาเหตุอันแท้จริงที่ทำให้ตาย (เมื่อกล่าวถึงโรค หรือ สาเหตุอื่นของความตายโปรดใช้คำในทางวิชาการ) (ข) ได้เจ็บป่วยด้วยโรคนี้นานเท่าใด? (ค) เป็นการยืนยันด้วยการตรวจภายหลัง ตายหรือได้ทราบอาการ และอาการ ปรากฏให้เห็นระหว่างมีชีวิต? (ง) อาการป่วยเป็นอย่างไร และสังเกตเห็นครั้งแรกเมื่อใด? (จ) ท่านได้รักษาเขาอยู่ ตลอดระยะเวลาหรือไม่? ถ้าไม่โปรดกล่าวด้วยว่า ระยะเวลาใด?	๓. (ก) ระยะแรก ระยะหลัง (ข) (ค) (ง) (จ)
๔ สาเหตุที่ทำให้ตายนี้นั้นสืบเนื่องมาจากโรคหรือการป่วยอะไรอยู่ก่อน โปรด แจ้งรายละเอียด (ก) วันที่ที่สังเกตเห็นเช่นนั้นครั้งแรก (ข) ใครรักษา	๔. (ก) (ข)
๕ เขามีนิสัย ชอบเสพย์สุราเมเมาเสมอหรือไม่? ท่านมีเหตุผลที่จะคะเน หรือ สงสัยหรือไม่ ว่าโรคในกรณีของเขานี้ เป็นสาเหตุ จากการเสพยาของเขา	๕.
๖ (ก) ท่านเป็น แพทย์ประจำของผู้ตายหรือไม่? (ข) ถ้าเป็น (๑)เวลานานเท่าใด และ (๒) ในระหว่างสามปีก่อน การป่วย ครั้งสุดท้าย ท่านได้รักษาโรคอะไรให้แก่ผู้ตาย และ รักษาเมื่อใด (ค) มีแพทย์อื่นร่วมปรึกษากับท่าน หรือร่วมรักษากับท่านระหว่างป่วย ครั้งสุดท้ายหรือไม่? ถ้ามีโปรดบอกชื่อและที่อยู่ด้วย	๖ (ก) (ข) ๑. ๒. (ค)
๗ ได้มีการตรวจสอบ ตามพิธีการชันสูตรพลิกศพหรือไม่? ถ้ามีผลเป็นอย่างไร	๗.

ข้าพเจ้า แพทย์ผู้รักษาผู้ตายตามที่ระบุไว้ข้างต้นขอรับรองว่า คำแถลงข้างบนนี้เป็น
 ความจริงและถูกต้องตามความรู้ที่ดีที่สุดตามความเชื่อของข้าพเจ้า

(ลายมือชื่อ).....

คุณวุฒิ

ที่อยู่ทางไปรษณีย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ลงชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า

ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลายมือชื่อ พยาน

นาม (ตัวบรรจง)

อาชีพ

ที่อยู่

โทรศัพท์

ลายมือชื่อ พยาน

นาม (ตัวบรรจง)

อาชีพ

ที่อยู่

โทรศัพท์



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ การขอรายงานแพทย์

ข้าพเจ้า อายุ ปี ที่อยู่

..... ด้วยการตรวจและรักษาที่สถานพยาบาลแห่งนี้ และผู้ป่วยได้เอาประกันชีวิตไว้กับบริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งบริษัทมีความจำเป็นต้องขอทราบรายละเอียดและประวัติการเจ็บป่วยจากแพทย์ผู้รักษา โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น ตามเอกสารหลักฐานดังแนบ ขอให้ความยินยอมไว้ ณ ที่นี้ แก่โรงพยาบาล, แพทย์, คลินิก, สถานับ หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดให้แจ้งรายละเอียดต่างๆหรือถ่ายสำเนาประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของ แก่บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอทราบรายละเอียด ตามที่บริษัทฯต้องการแทนข้าพเจ้า เพื่อใช้ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนได้ด้วยความถูกต้องและเป็นธรรม

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายใบยินยอมการขอรายงานแพทย์ฉบับนี้ ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ขอแสดงความนับถือ

()

ผู้รับประโยชน์ / ทายาทผู้เอาประกัน

ลงชื่อ

พยาน / ตัวแทน

ลงชื่อ

พยาน / ตัวแทน

(

)

(

)

กรุณา แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ / ทายาทผู้เอาประกัน พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง



แบบฟอร์มการพิสูจน์ทราบตัวตน ขณะเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม
 สำหรับตัวแทน/สาขา (KYC Statement for Death Claims)

ทำที่ _____

วันที่ _____

เรียกร้องสินไหม ☐ กรมธรรม์ประกันชีวิต/อุบัติเหตุส่วนบุคคล ☐ กรมธรรม์ประกันกลุ่ม ☐ กรมธรรม์ประกันสินเชื่อ

ชื่อผู้เอาประกันภัย _____ ชื่อนายจ้าง/องค์กร _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ใบรับรองการประกันภัยเลขที่ _____

ข้าพเจ้า _____ รหัสตัวแทน _____ รหัสหน่วย _____

ได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของ

- ☐ ผู้รับประโยชน์
☐ บิดา / มารดา / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เยาว์
☐ ทายาทโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประชาชน	เอกสารแสดงตัวตน		ภาพถ่ายผู้รับ ประโยชน์ คู่กับบัตร ประจำตัวประชาชน ③
			สำเนา บัตรประจำตัว ประชาชน หน้า-หลัง ①	สำเนา ทะเบียนบ้าน ②	
1.					
2.					
3.					
4.					

หมายเหตุ : ในช่องเอกสาร ①, ② และ ③ กรุณาระบุ (✓) เฉพาะรายการที่ได้ดำเนินการ รวมถึงให้บุคคลที่ได้รับการพิสูจน์
 ทราบตัวตนนั้น “ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสาร ①, ② และ ③ ” และนำส่งเอกสารเข้ามายังบริษัทฯ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลของผู้ขอทำธุรกรรม และ/หรือผู้ใช้อำนาจปกครองที่อำนาจ
 กระทำการแทนผู้เยาว์ (กรณีผู้เยาว์) หรือทายาทโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัยแล้ว และขอยืนยันข้อมูลตามเอกสารแสดงตน ทั้งนี้ได้
 เปรียบเทียบภาพใบหน้าของลูกคำกับภาพของลูกคำจากบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางแล้วเป็นลูกคำรายนั้นจริง พร้อมทั้งได้
 ถ่ายภาพผู้ขอทำธุรกรรมพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนและนำส่งให้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ _____ ผู้ทำการพิสูจน์ทราบตัวตน
 (_____) ตัวบรรจง

ตัวอย่างการถ่ายรูปคู่กับบัตรประชาชน



แบบฟอร์ม: การรับรองสถานะ FATCA บุคคลธรรมดา

ชื่อและนามสกุลของผู้รับประโยชน์.....กรมธรรม์เลขที่.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....วันหมดอายุ.....

การรับรองสถานะ และคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้ถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ
 กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....

(.....)

☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้รับประโยชน์ชอบธรรมของผู้รับประโยชน์



แบบฟอร์มรับรองตนเองตาม CRS สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
 CRS Self-Certification form for individual Customer

โปรดให้ข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ Please specify in English

ผู้รับประโยชน์ คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล Applicant / Insured Name (Title/Name/Surname)		ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ / กรมธรรม์เลขที่ Application No. / Policy No.
สถานที่เกิด (Place of Birth)	จังหวัด/เมือง (Province/City)	ประเทศ (Country)

ส่วนที่ 1 Part 1	การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา 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 Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศโปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If the Taxpayer Identification Number (TIN) is unavailable, enter Reason A, B or C	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ If you select Reason B, Please explain why you are unable to obtain the Taxpayer Identification Number (TIN)

หากท่านไม่มีเลขประจำตัวผู้เสียภาษี กรุณาระบุเหตุผลดังต่อไปนี้ If a TIN is unavailable indicate which of the following reason is applicable.

เหตุผล (เอ) - ประเทศที่ผู้ถือบัญชีมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น

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
---------------------	---

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดตามที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ เป็นจริง ครบถ้วนสมบูรณ์ ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
 I confirm that the above information is true, complete, accurate, and current.
- ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรมธรรม์(หรือเป็นผู้มีอำนาจลงนามในฐานะผู้ถือกรมธรรม์) ในกรมธรรม์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแบบฟอร์มนี้
 I am the policyholder (or am authorized to sign for the policyholder) of all the policy(ies) to which this form relates.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่กรมสรรพากรเพื่อเป็นการปฏิบัติตาม พระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตามข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามประกาศความเป็นส่วนตัวส่วนตัวสำหรับลูกค้าที่ปรากฏใน <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life>
 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/pdpa/life>
- ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าและบัญชีที่ต้องรายงาน อาจถูกเปิดเผยต่อหน่วยงานด้านภาษีอากรของประเทศอื่นที่ข้าพเจ้ามีถิ่นที่อยู่ทางภาษี เพื่อให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลบัญชีทางการเงิน
 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.
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบ และนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หากมีการเปลี่ยนแปลงตามที่ได้แถลงไว้ในแบบฟอร์มนี้ หรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ปัจจุบัน
 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.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วจึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

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

วันที่ Date.....

.....
 (.....)
 ผู้รับประโยชน์
 Beneficiary

.....
 (.....)
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ Giving Consent as
☐ บิดา/มารดา Parent
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้รับประโยชน์
 (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
 Legal Representative/Legal Guardian of the Insured (in case the beneficiary is a minor)

การให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

วันที่.....

เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ท่านเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ("กลุ่มบริษัท") (เรียกรวมกันว่า "เรา" "ของเรา") บริษัทจำเป็นต้องใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใด ดังระบุในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเรา เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเสนอหรือจัดให้มีผลิตภัณฑ์ บริการ ดำเนินการส่งเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการขาย และการสื่อสารการตลาดทางตรงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของเรา คำแนะนำและข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการประกันภัย โพรแกรมให้รางวัล การให้สิทธิพิเศษ การประชาสัมพันธ์โครงการ หรือกิจกรรมของเรา เช่น กิจกรรมการกุศล กิจกรรมที่ไม่หวังผลกำไร และการจัดกิจกรรมทางการตลาด การประกวด จับฉลากชิงโชค งานอีเว้นท์ และการแข่งขันต่าง ๆ ที่ท่านอาจสนใจ รวมถึงการนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ตัวแทน หรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ จดหมาย อีเมล Facebook Line Official Account เป็นต้น โดยเราอาจต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้แก่บุคลากร และพันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้ของเราซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมทางการตลาด และการกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่บริษัท และบุคคลดังกล่าวสามารถดำเนินการจัดกิจกรรมทางการตลาด และมอบสิทธิพิเศษต่าง ๆ แก่ท่านได้

ท่านขอเพิกถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อ โดยการถอนความยินยอมดังกล่าวจะไม่กระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ที่ท่านได้ให้ความยินยอมไปแล้วก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม ท่านอาจพลาดโอกาสในการรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์ที่อาจเหมาะสมกับความต้องการของท่านโดยเฉพาะจากบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ในกรณีที่ท่านไม่ให้ความยินยอมหรือขอถอนความยินยอม

ส่วน ก. สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ได้ที่ <https://www.tgh.co.th/subsidiary>

ส่วน ข. สำหรับให้เราเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลใด ๆ ของท่านให้แก่พันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดพันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้ของบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ได้ที่ <https://www.tgh.co.th/partner>

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัทซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิของข้าพเจ้าตามกฎหมายแล้ว ท่านสามารถอ่านประกาศความเป็นส่วนตัวของบริษัทซึ่งเผยแพร่บนเว็บไซต์บริษัท <https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life> หรือ QR Code นี้



ท่านสามารถร้องขอใช้สิทธิที่มีตามกฎหมายได้ที่ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656 หรือ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO)

อีเมล DPO@tgh.co.th หรือ ติดต่อตามที่อยู่

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

การที่ท่านลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ เป็นการที่ท่านรับทราบและให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อให้บริษัทดำเนินการตามที่ระบุในแบบความยินยอมนี้

ชื่อ-นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....อีเมล.....

ลงชื่อ

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครอง

ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะ)

