

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9  
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทร.02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601

**ใบคำขอเอาประกันชีวิต**  
**สำหรับการประกันชีวิตกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ**

“โครงการ.....”  
กรุณาเขียนหนังสือตัวบรรจง

ผู้เอาประกันภัยชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้กับ.....วันที่.....  
ชื่อ-นามสกุล.....  ชาย  หญิง ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.  
วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี สถานะ  โสด  สมรส  อื่น ๆ ..... อาชีพ.....  
ชื่อสถานที่ทำงาน..... หน้าที่รับผิดชอบ.....  
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....  
ที่อยู่บ้าน..... โทรศัพท์.....  
เอกสารที่นำมาแสดง  บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ / ใบสำคัญต่างด้าว / พาสปอร์ต เลขที่.....  
ออกเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ณ อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

ผู้รับผลประโยชน์ : 1. .... (เจ้าหนี้), 2. .... / ความสัมพันธ์.....  
3. .... / ความสัมพันธ์.....

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) บริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) .....
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคเลือด โรคต่อมไทรอยด์ผิดปกติ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคจิต พิการทางร่างกาย หรือไม่  ไม่เคย  เคย(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดโรคที่เป็น สถานพยาบาลที่รักษา) .....
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ..... ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี  เลิกเสพเมื่อ.....
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี  เลิกดื่มเมื่อ.....
- ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่  ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี  เลิกสูบบุหรี่เมื่อ.....
- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่  ไม่มีความประสงค์  มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วย ภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

**ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งหาก ข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผย ข้อเท็จจริง ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ลงชื่อ.....  
(ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)  
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่.....

ยอดเงินชอกู้/ยอดเงินกู้ ค่างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี  
จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี  
แบบอัตราดอกเบี้ย..... % อัตราเบี้ยประกันชำระครั้งเดียว (ค่าคงที่)..... บาท ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท  
จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท งวดชำระเบี้ย ชำระครั้งเดียว จำนวนเบี้ยประกันเพิ่มเติมพิเศษ ..... บาท

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



### แบบฟอร์ม

## การตรวจสอบหลักฐานและรับรองความถูกต้องข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ (กรณีขายแบบพบหน้า และผลิตภัณฑ์ ช่องทางที่มีความเสี่ยง ต่ำ)

วันที่ \_\_\_\_\_

สำหรับผู้ขอเอาประกันชีวิต

ชื่อผลิตภัณฑ์ \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ วัน เดือน ปีเกิด \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ เลขหลังประชาชน Laser Code \_\_\_\_\_

ลงนาม \_\_\_\_\_

(ผู้ขอเอาประกันชีวิต)

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. เปรียบเทียบใบหน้ากับรูปบนบัตรประชาชนเป็นบุคคลเดียวกัน  ใช่  ไม่ใช่

2. ตรวจสอบวันหมดอายุบัตร  ไม่หมดอายุ (ระบุวันที่) \_\_\_\_\_  \*\*หมดอายุ(ระบุวันที่) \_\_\_\_\_

\*\*กรณีบัตรประจำตัวประชาชน เสียหาย ขำรูด หรือ หมดอายุให้ดำเนินการ ดังนี้

1. แจ้งให้ลูกค้าทำบัตรประจำตัวประชาชนใบใหม่ หรือ

2. ให้นำข้อมูลบนบัตรประจำตัวประชาชนตรวจสอบกับระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน

ภาครัฐ และขอเอกสารเพิ่มเติมโดยเอกสารที่ขอต้องเป็นเอกสารที่ออกโดยหน่วยงานทางการ เช่น ทะเบียนบ้าน หรือ ใบขับขี่ เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้ตรวจสอบหลักฐานการแสดงตนของผู้ขอเอาประกันชีวิตครบถ้วน ถูกต้องแล้ว

ลงนาม \_\_\_\_\_

(เจ้าหน้าที่)

เพื่อปฏิบัติตาม

ประกาศสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน เรื่อง แนวทางในการระบุตัวตนและพิสูจน์ตัวตนของลูกค้าและการ  
ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง พ.ศ. 2564

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม  
กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง\*

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันชีวิต / เอกสารเสนอขาย  
บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อ  
คุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่  
คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน  
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า  
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. \*\*ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย  
ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่  
จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอา  
ประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยไม่มีสิทธิ  
ในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้
3. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยหลังจากพ้นระยะเวลา  
ตามข้อ 2 ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย จะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรรมธรรม์ประกัน  
ภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. 02-515-3996-9 หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. 1186

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้า  
มีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม

.....ลงนาม

( )

( )

ผู้ขาย (ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต)

ผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เวลา.....น.

หมายเหตุ

\*กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลง  
ตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

\*\*คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความสอดคล้องกับเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัย

วันที่ / Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า/ชื่อ/นามสกุล)<br>Insurance Applicant / Insured (Title/Name/Surname) | เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย<br>Application Form No. / Policy No. |
| สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)<br>Place of Birth (City and Country)   | เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง<br>Identification Number / Passport No           |

**ส่วนที่ 1**  
Part 1

**การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย**

**การรับรองสถานะ**

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุ

ถือสัญชาติอเมริกัน

เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่อย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น

เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ \_\_\_\_\_ วันบัตรหมดอายุ \_\_\_\_\_

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  ไม่มี  มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  ไม่มี  มี

**คำถามเพิ่มเติม / Additional Questions**

(ถ้าท่านได้ให้แบบฟอร์ม W-9 แล้วแสดงว่าท่านเป็นบุคคลอเมริกัน ท่านไม่ต้องตอบคำถามเพิ่มเติมข้างล่างนี้ โปรดข้ามไปตอบคำถามในส่วนที่ 2)  
 (If you have provided Form W-9, then you are the US person; please do not answer additional questions below. Please skip to Part 2.)

(หากท่านตอบว่า “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งในคำถามข้างล่างนี้ โปรดกรอกแบบฟอร์ม W-8BEN พร้อมทั้งส่งเอกสารประกอบ เพื่อยืนยันว่าท่านไม่ใช่บุคคลอเมริกัน)  
 (If you select “yes” in any one box, please complete Form W-8BEN and provide supporting document(s) to affirm that you are not the US person.)

- ท่านเกิดในสหรัฐอเมริกา (หรือดินแดนที่เป็นของสหรัฐอเมริกา) แต่ได้สละความเป็นพลเมืองอเมริกันอย่างสมบูรณ์ตามกฎหมายแล้ว  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No  
 Were you born in the U.S. (or U.S. Territory) but have legally surrendered U.S. citizenship?
- ท่านมีคำสั่งทำรายการโอนเงินเป็นประจำโดยอัตโนมัติจากบัญชีที่เปิดไว้หรือมีอยู่กับบริษัทไปยังบัญชีในสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No  
 Do you have standing instructions to transfer funds from the account opened or held with Company to an account maintained in the U.S.?
- ท่านมีกรมอรรถอำนาจหรือให้อำนาจการลงลายมือชื่อแก่บุคคลที่มีที่อยู่ในสหรัฐอเมริกา เพื่อการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบัญชีที่เปิดไว้หรือมีอยู่กับบริษัทใช่หรือไม่  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No  
 Do you have a power of attorney or signatory authority for the account opened or held with Company granted to person with U.S. address?
- ท่านมีที่อยู่เพื่อการติดต่อหรือดำเนินการเกี่ยวกับบัญชีที่เปิดไว้หรือมีอยู่กับบริษัทแต่เพียงที่อยู่เดียว ซึ่งเป็นที่อยู่สำหรับรับไปรษณีย์แทนหรือที่อยู่สำหรับการส่งต่อ ใช่หรือไม่  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No  
 Do you have a hold mail or in care of address as the sole address for the account opened or held with Company?
- ท่านมีที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน หรือที่อยู่เพื่อการติดต่อในสหรัฐอเมริกา สำหรับบัญชีที่เปิดไว้หรือมีอยู่กับบริษัทใช่หรือไม่  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No  
 Do you have a current U.S. residence address or U.S. mailing address for the account opened or held with Company?
- ท่านมีหมายเลขโทรศัพท์ในสหรัฐอเมริกา เพื่อการติดต่อท่านหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับบัญชีที่เปิดไว้หรือมีอยู่กับบริษัทใช่หรือไม่  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No  
 Do you have U.S. telephone number for contacting you or another person in relation to the account opened or held with Company?

**ส่วนที่ 2**  
Part 2

**การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา**  
 CRS Self-Certification

1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี\* ในประเทศอื่น นอกจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No  
 Do you have tax residence\* in countries other than Thailand or the U.S.?

\*“ถิ่นที่อยู่ทางภาษี” หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ

\*\*“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” หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้น ตามตารางด้านล่าง  
 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 TIN in the table below.

หากท่านตอบว่า “ไม่ใช่” ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 2 นี้  
 If you select “No”, Please end the question in Part 2.

| ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี<br>Country of Tax Residence | หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี<br>TIN | หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ<br>โปรดระบุเหตุผล (เอ) (บี) หรือ (ซี)<br>If no TIN available enter Reason (A) (B) or (C) | หากท่านเลือกเหตุผล (บี) โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอ<br>หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้ Please explain why you are<br>unable to obtain a TIN if you select Reason (B) |
|--|-----------------------------------|---|---|
|  |                                   |   |   |
|  |                                   |   |   |
|  |                                   |   |   |



**เหตุผล (เอ)** – ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยอยู่ในประเทศนั้น  
 Reason (A) – The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.  
**เหตุผล (บี)** – ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ : โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)  
 Reason (B) – You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN)).  
**เหตุผล (ซี)** – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)  
 Reason (C) – Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Only select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of taxpayer identification number (TIN)).

**ส่วนที่ 3**      **การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ**  
**Part 3**        **Confirmation and Change of Status**

- ท่านยืนยันว่า ข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน  
 You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
- ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ หรือตามแบบฟอร์ม W-9 เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” มีสิทธิ ใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร  
 You acknowledge and agree that if the information provided on this form or Form W-9 is false, inaccurate or incomplete, Dhipaya Life Assurance Public Co., LTD. “Company” shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
- ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือไม่เป็นปัจจุบัน  
 You agree to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that causes the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.
- ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร  
 You acknowledge and agree that failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นบุคคลอเมริกันและความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สามารถขอให้งเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ท่านการรายงานข้อมูลได้ บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนที่บริษัทเห็นสมควร  
 If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ  
 By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company’s Privacy Policy.

|  |  |
|--|--|
| ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย<br>Insurance Applicant / Insured<br><br> | ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย<br>ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)<br>Giving Consent as Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant/Insured<br>(In case the insurance applicant/insured is a minor)<br><br> |
|--|--|

สถานะเพื่ออ่านนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษั (Privacy Policy)

