

บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Ref.1.....
เลขที่ 59/5 อาคารพาราดิซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
โทรศัพท์ 0 2111 0055 โทรสาร 0 2111 0056 เว็บไซต์ www.mbklife.co.th

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น)

☐ แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ ☐ แบบตรวจสอบสุขภาพ

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....
รหัสตัวแทน.....
ชื่อหน่วย.....รหัสหน่วย.....
สาขา.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
ชื่อภรรยา/สามี.....

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ข. สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

4. แบบประกันภัย.....ชนิด ☐ มีเงินปันผล ☐ ไม่มีเงินปันผล
ถ้ามีเงินปันผล/เงินคืนตามสัญญาเลือก ☐ ขอรับเป็นเงินสด / เช็ค ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม
(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะ.....กรณีที่ขอรับเป็นเงินสดและประสงค์จะให้โอนเงินเข้าบัญชี
ธนาคารอัตโนมัติ กรุณากรอกข้อความตามแบบฟอร์มที่แนบ)
ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย.....ปี
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ รายปี ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันชีวิต.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท

สัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท

เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....

อื่นๆ.....ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ความสัมพันธ์.....

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	รายละเอียดของผลประโยชน์

6.ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการ

ขอลดเบี้ยคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....

ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี ☐ เลิกเสพ เมื่อ.....

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....

ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี ☐ เลิกดื่ม เมื่อ.....

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ

โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เลิกสูบ เมื่อ.....

12. ส่วนสูงซ.ม. น้ำหนักก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ☐ ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง

โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด.....

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

14. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น หากเป็นกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ เป็นโรคเอดส์ (HIV) ☐ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีมีภาวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป็นโรคร้ายแรงใดๆ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด)

16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ / รักษา	วันเดือนปีที่รักษา

17. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

.....

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี
- ☐ โปรดระบุ
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน
- ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ☐ ไม่เป็น
- ☐ เป็น
- ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันยินยอมแสดงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงิน ตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไป ในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัท ประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ ไม่มีความประสงค์ ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

เขียนที่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

1. หากผู้ขอเอาประกันภัยยกเลิกสัญญาประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับอาจต่ำกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไป

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หนังสือให้ความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

วัน/เดือน/ปี พ.ศ. เกิด.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่

สำหรับบุคคลต่างด้าว

☐ หนังสือเดินทาง เลขที่

☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... เลขที่

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท รวมถึงบริษัทในเครือและบริษัทในกลุ่มของบริษัทเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประชาสัมพันธ์สินค้าหรือบริการต่างๆ (นอกจากสิทธิประโยชน์ตามที่ได้สมัครไว้) ถึงข้าพเจ้าผ่านทางอีเมลล์ หมายเลขโทรศัพท์หรือช่องทางอื่นๆ ได้

.....

()

ผู้ให้ความยินยอม

.....

()

พยาน

หมายเหตุ : การพิจารณายินยอมให้บริษัท รวมถึงบริษัทในเครือและบริษัทในกลุ่มของบริษัทเก็บ รวบรวม ใช้ เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประชาสัมพันธ์สินค้าหรือบริการต่างๆ เป็นสิทธิของเจ้าของข้อมูลที่จะให้ความยินยอมหรือไม่ก็ได้

บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
โทรศัพท์ 0 2111 0055 โทรสาร 0 2111 0056 เว็บไซต์ www.mbklife.co.th

หนังสือแสดงความจำนงชำระเบี้ยประกันชีวิต

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ดังนี้

งวดแรก ☐ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระด้วยบัตรเครดิต (แนบแบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต ด้านล่างนี้)

นอกจากงวดแรก ☐ ชำระเป็นเงินสด ณ จุดชำระเงินที่บริษัทฯ กำหนด

☐ ชำระด้วยบัตรเครดิต (แนบแบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต ด้านล่างนี้)

☐ ชำระโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร (แนบแบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร)

การรับประกันตามกรมธรรม์ ☐ เป็นเช็ค

☐ เข้าบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ (แนบลำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

ลงชื่อ _____

()

แบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต

ผู้เอาประกัน เลขที่ใบคำขอ/เลขที่กรมธรรม์

แบบประกัน

ข้าพเจ้ายินยอมให้เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันชีวิตจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า

ชื่อ/นามสกุลเจ้าของบัตร

ความสัมพันธ์ของผู้ถือบัตรเครดิตและผู้ทำประกัน

(เฉพาะสามี/ภรรยา และบุตรของผู้เอาประกันเท่านั้น)

ชำระโดยบัตรเครดิต

☐ บัตรเครดิต ของธนาคาร/สถาบันการเงิน

☐ Visa ☐ Master

หมายเลข เดือน/ปี บัตรหมดอายุ /

ชื่อตามบัญชีบัตร (ภาษาอังกฤษ)

จำนวนเงิน บาท

รายละเอียดค่าเบี้ยประกันที่ใช้ชำระ (โปรดเลือก)

☐ สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตเฉพาะปีแรกงวดแรกเท่านั้น

☐ สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตปีแรกงวดแรกและงวดต่อไป

ข้าพเจ้าเจ้าของบัตรเครดิตเลขที่ดังกล่าวข้างต้นขอให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิตและ ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัตรเครดิต วันหมดอายุ ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงขอให้หนังสือเรียกเก็บเบี้ยประกันชีวิตผ่านบัตรเครดิตฉบับนี้ยังคงสมบูรณ์ มีผลบังคับใช้ได้ต่อไป สำหรับบัตรเครดิตที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ด้วยทุกประการ

.....

.....

()

()

ลายมือชื่อผู้เอาประกัน

ลายมือชื่อเจ้าของบัตร (ตามลายมือชื่อบนหลังบัตร)

วันที่

วันที่

เจ้าหน้าที่ธนาคาร ชื่อ/นามสกุล สาขา / สำนัก โทร

หมายเหตุ : ท่านจะได้รับกรมธรรม์ประกันชีวิต หลังจากใบคำขอของท่านได้รับอนุมัติและได้มีการรับชำระเบี้ยผ่านบัตรเครดิตของท่านเรียบร้อยแล้ว หากไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตนี้ได้หรือ ถูกปฏิเสธการเรียกเก็บเงิน ถือว่าการขอเอาประกันนี้เป็นอัน ยกเลิก

หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

(ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในที่นี้ คือ เงินปันผล, เงินโบนัส และเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์เท่านั้น)

วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้า.....เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....

ผู้เอาประกันชีวิต ตามกรมธรรม์เลขที่.....ขอทำหนังสือให้ไว้กับ บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน)
เพื่อขอรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ดังข้อความที่ระบุไว้ต่อไปนี้1. ข้าพเจ้าขอให้บริษัท บริษัท เอ็ม บี เค ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ที่เกิดขึ้น เข้า
บัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์/กระแสรายวัน ธนาคาร..... สำนักงาน/สาขา.....บัญชีเลขที่ ------- ชื่อบัญชี.....ซึ่งเป็นบัญชีของ
(กรุณาระบุตัวเลขให้ชัดเจน)☐ ข้าพเจ้า(ผู้เอาประกัน) ☐ ผู้รับโอนสิทธิตามกรมธรรม์

2. ข้าพเจ้าได้แนบ สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารรับรองสำเนาถูกต้องในการเป็นเจ้าของบัญชี เพื่อเป็นหลักฐาน

3. ในกรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ในข้อที่ 1 ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีที่จะ
รับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้นเป็นเช็คหรือตัวแลกเงินตามวิธีปกติ หลังจากบริษัทฯ ได้รับการแจ้งปฏิเสธการนำ
เงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร4. หากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารหรือเกี่ยวกับการใช้บัญชีธนาคารที่ระบุในวรรค
ข้างต้นข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทฯ เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงนามไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานให้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกัน

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบัญชี

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

*** เอกสารที่ใช้ประกอบการแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร***

- หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง(เจ้าของบัญชี)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง(เจ้าของบัญชี)
- หนังสือโอนสิทธิเรียกร้อง(กรณีเป็นบัญชีบุคคลอื่น ที่ไม่ใช่ผู้เอาประกัน)