



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต

250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

ทะเบียนเลขที่ : 0107555000406

☎ +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025

Muang Thai Life Assurance PCL

250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310

Registration : 0107555000406

☎ +66 (0) 2276 1997-8

🌐 muangthai.co.th

สำหรับอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป

CLIENT NO. _____

ชื่อตัวแทน/นายหน้า บริษัทศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์ จำกัด

ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน/นายหน้า 700626

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด แบบที่ 1

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) นายอินดี มีชัย

(ภาษาอังกฤษ) MR.YINDEE MEECHAI

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ ไทย ศาสนา _____ อายุ 30 ปี เกิดวันที่ 1 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2534

เอกสารที่ใช้แสดงตน ☒ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ X X X X X X X X X X X X X X X X วันหมดอายุ XX/XX/XXXX

☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____

☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ XX หมู่บ้าน/อาคาร _____

หมู่ที่ - ตรอก/ซอย XX ถนน XXX

แขวง/ตำบล XXX เขต/อำเภอ XXX

จังหวัด XXXX รหัสไปรษณีย์ XXXXX

โทรศัพท์บ้าน _____

ข ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

บ้านเลขที่ _____ ถนน _____

ตำบล _____

อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ประเทศ _____

ค สถานที่ทำงาน บริษัทศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์ จำกัด

อาคาร ชานัญเพ็ญชาติ เลขที่ 65/3 ชั้น 1 หมู่ที่ -

ตรอก/ซอย - ถนน พระราม 9

แขวง/ตำบล ห้วยขวาง เขต/อำเภอ ห้วยขวาง

จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10310

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-026-3867

ง ที่อยู่ปัจจุบัน ☒ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____

หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____

จ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร

☒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

☐ สถานที่ทำงาน

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

ฉ ข้อมูลการติดต่อ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูล
การติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

โทรศัพท์มือถือ X X X X X X X X X X

อีเมล abc@gmail.com

ช การรับกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนเล่มกรมธรรม์ และจัดส่งกรมธรรม์ไปยัง
ระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ

(กรณีไม่ระบุความประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลที่ระบุไว้ได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเป็นเล่มกรมธรรม์
ให้แก่ท่านตามที่อยู่ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอ)

3 อาชีพประจำ พนักงานบริษัทเอกชน

ตำแหน่ง ฝ่ายการตลาด ลักษณะงานที่ทำ บริการลูกค้า

ลักษณะธุรกิจ เกี่ยวกับประกัน

รายได้ต่อปี 400,000 บาท

อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) _____

ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

รายได้ต่อปี _____ บาท



2-02-05-2385

โปรดพลิก

04.04.2562

4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรตระกูล สมาร์ทโพรเทคชั่น 99/20	200,000	4,300	แบบประกันภัยหลัก ระยะเวลาเอาประกันภัย 99 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย 20 ปี ชนิด ☐ มีเงินปันผล ☒ ไม่มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม สุขภาพแบบ อลิท เฮลท์ (คุ้มครองเฉพาะประเทศไทย) แผน 2		30,624	
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
รวมเบี้ยประกันภัย			34,924

ถ้ามีเงินปันผลเลือก ☒ ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะถือว่าเลือกขอรับเป็นเงินสด/เช็ค)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☒ รายปี ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ 34,924 บาท

ชำระเป็น ☐ เงินสด ☒ บัตรเครดิต ☐ แคชเชียร์เช็ค/ดราฟ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

☐ เช็ค ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่เช็ค _____ เช็คลงวันที่ _____

☐ เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

ธนาคาร _____ สาขา _____

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

☒ ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์ _____

5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นางมิ่งดี มีชัย	54	มารดา	X XXXX XXXXX XX X	ตามข้อ 2ก.	100%

6 ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☒ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8 ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่?
☒ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ
☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี
☐ เลิกเสพ เมื่อ _____

9 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?
☒ ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม
☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี
☐ เลิกดื่ม เมื่อ _____

10 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?
☒ ไม่สูบ/ไม่เคยสูบ
☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุ ปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี
☐ เลิกสูบ เมื่อ _____

11 ส่วนสูง 172 ซม. น้ำหนัก 54 กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?
☒ ไม่เปลี่ยน
☐ เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก. ☐ ลดลง _____ กก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

12 บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบหรือไม่?
☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็น โปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

13 สามเณร/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่?
☒ ไม่เป็น
☐ เป็น หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง
☐ เป็นโรคเอดส์(HIV) ☐ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

14 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?
☒ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยมีหรือกำลังมี โปรดทำเครื่องหมายระบุอาการและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ		วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา ☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ ไข้เรื้อรัง ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง เฉพาะสตรี ☐ กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน ☐ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	การมองเห็นผิดปกติ ☐ ปวดท้องเรื้อรัง ☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ☐ ท้องมาน ☐ ท้องเสียเรื้อรัง ☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ ☐ ปวดข้อเรื้อรัง ☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ☐ จำเผลอ ☐ คลำพบก้อนเนื้อ		

15 ท่านเคยได้รับการตั้งข้อสังเกต หรือการวินิจฉัย หรือการรักษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?
☒ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	☐ โรคพาร์กินสัน	☐ โรคชัก
☐ โรคความจำเสื่อม	☐ โรคความดันโลหิตสูง	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคหลอดเลือด
☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคหอบหืด	☐ โรควัณโรค	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร
☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ ดิซ่าน	☐ ม้ามโต
☐ โรคตับอ่อนอักเสบ	☐ โรคไต	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคเก๊าท์
☐ โรคเบาหวาน	☐ โรคไทรอยด์	☐ โรคต่อมไทรอยด์	☐ โรคเอสแอลอี
☐ เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	☐ โรคมะเร็ง	☐ โรคจิต	☐ โรคซึมเศร้า
☐ โรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐ โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	☐ พิการทางร่างกาย	☐ โรคเลือด
☐ โรคหนังแข็ง			

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

16 ก. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ด้วยการเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่?
☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด ได้รับคำปรึกษา/การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ในข้อ 16 ก. หรือไม่?
☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

17 คำถามข้อ 17. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง
ท่านเคยได้รับการตั้งข้อสังเกต หรือการวินิจฉัย หรือการรักษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?
☒ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ปวดศีรษะไมเกรน	☐ ภูมิแพ้	☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง
☐ ไช้สออักเสบ	☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ กรดไหลย้อน	☐ ถุงน้ำดีอักเสบ
☐ ใส่เลนส์	☐ ริดสีดวงทวาร	☐ ฟิสิกัลทูต	☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน
☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	☐ ข้อเสื่อม	☐ ออติสติก	☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง
☐ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	☐ นิ่ว		☐ สมาธิสั้น

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 4

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1

การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☒ ไม่มี
☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☒ ไม่มี ☐ มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
☒ ไม่มี ☐ มี

2

คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

- ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
 - ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่า ข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ X XXXX XXXXX XX X
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ บ้านผู้เอาประกัน วันที่ 5 เดือน ก.พ. พ.ศ. 2564

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) นายสันติ มีมาก (สมมุตินายหน้าแรงงาน)

(นายสันติ มีมาก)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)  นายยินดี มีชัย

(นายยินดี มีชัย)

ผู้ขอเอาประกันภัย



ใบสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

โดย บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต



☐ ไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club (กรุณาลิกลาดด้านหลัง)

เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่านกรุณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจง

- ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นายสันติ มีชัย
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก (โปรดระบุ) เลขที่ XX หมู่บ้าน/อาคาร - หมู่ที่ - ซอย XX ถนน XXXX แขวง/ตำบล XXX เขต/อำเภอ XXXXX จังหวัด XXXX รหัสไปรษณีย์ XXXXX
- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเพื่อแจ้งข่าวสารและกิจกรรม
โทรศัพท์มือถือ : XXX-XXX-XXXX โทรศัพท์บ้าน : 02 XXX XXX โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 XXX XXXX
อีเมล :

(กรณีผู้เอาประกันภัยอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี ให้ข้ามไปกรอกข้อ 10.)

- ระดับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ☐ ระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ☒ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ☐ 10,001 – 15,000 บาท ☒ 15,001 – 30,000 บาท
☐ 30,001 – 50,000 บาท ☐ 50,001 – 70,000 บาท ☐ 70,001 – 100,000 บาท
☐ 100,001 – 250,000 บาท ☐ มากกว่า 250,000 บาท ขึ้นไป
- สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- จำนวนบุตรคน บุตรคนที่ 1 อายุ.....ปี บุตรคนที่ 2 อายุ.....ปี บุตรคนที่ 3 อายุ.....ปี
- กิจกรรมยามว่างที่ชอบ (เลือกได้สูงสุด 3 ข้อ)
☐ ฟังเพลง/ชมคอนเสิร์ต ☐ ชมการแสดง/ละครเวที ☒ เล่นกีฬา/ฟิตเนส ☒ ท่องเที่ยวในประเทศ ☐ ท่องเที่ยวต่างประเทศ ☐ อ่านหนังสือ
☐ สังสรรค์นอกบ้าน ☒ ดูหนัง/ชมภาพยนตร์ ☐ ช้อปปิ้ง ☐ เลี้ยงสัตว์ ☐ แรลลี่/ผจญภัย ☐ เล่นเกม/อินเทอร์เน็ต
☐ ดูดวง/ฮวงจุ้ย ☐ ตกแต่งบ้านและสวน ☐ ทำงานฝีมือ/ศิลปะ/ถ่ายภาพ ☐ ให้อาหาร/ทำบุญ ☐ สป่า/ดูแลสุขภาพ ☐ แต่งหน้า/เสริมความงาม
☐ ทำอาหาร/ทำขนม ☐ เต้นลีลาศ ☐ ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนนี้สำหรับน้องๆ อายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี

- กิจกรรมที่น้องๆ ยอยากเข้าร่วมมากที่สุด (เลือกได้สูงสุด 3 ข้อ)
☐ เรียนร้องเพลง ☐ ทัศนศึกษาในประเทศ ☐ ทัศนศึกษาต่างประเทศ ☐ ชมการแสดง ☐ ชมคอนเสิร์ต ☐ กิจกรรมด้านกีฬา
☐ การแสดงมายากล ☐ แคมป์ภาษาอังกฤษ ☐ เรียนวาดรูป ☐ เรียนเต้นรำ/เต้นบัลเลต์ ☐ ทำกิจกรรมร่วมกับคุณพ่อ คุณแม่
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

ท่านสนใจสมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด หรือไม่ ☒ สนใจ ☐ ไม่สนใจ โปรดระบุเหตุผล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในใบสมัครนี้ถูกต้องครบถ้วนและเป็นความจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไขการสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club ที่ออกโดย บริษัทฯ ทุกประการ และตกลงให้เป็นสิทธิของบริษัทฯ ในการพิจารณาต่ออายุ/ยกเลิก/เปลี่ยนประเภท สถานะ/บัตร สมาชิกเมืองไทย Smile Club ได้ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่บริษัทฯ กำหนด ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้าที่ได้ไว้กับบริษัทฯ หรือที่อยู่ในความครอบครองของบริษัทฯ รวมถึงข้อมูลที่จะให้เพิ่มเติมแก่บริษัทฯ ในอนาคตให้แก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่น ตามที่บริษัทฯ เห็นว่าเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ หรือการนำเสนอผลิตภัณฑ์ และข้อเสนอพิเศษอื่น หรือเพื่อการอื่นใดที่บริษัทฯ เห็นว่าจะเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดส่งข้อมูลข่าวสารกิจกรรม หรือสิทธิประโยชน์ตามที่อยู่ หรือผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น อีเมล, SMS, ฯลฯ ให้กับข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ หากข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อจะแจ้งบริษัทฯ ทันทีที่โทร. 1766 เมืองไทย Smile บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณา เฉพาะผู้ที่ให้ข้อมูลครบถ้วน

กรณีผู้สมัครอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์

ผู้ชำระเบี้ยประกัน/ผู้ให้ความยินยอมโปรดลงนามเพิ่ม

ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

ลงชื่อ X.....(ลายเซ็น)

(.....) (กรอกตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ X.....นายสันติ มีชัย.....(ลายเซ็นผู้สมัคร)

(.....นายสันติ มีชัย.....) (กรอกตัวบรรจง)

วันที่ 5 เดือน ก.พ. พ.ศ. 2564



สิทธิพิเศษเหนือระดับสำหรับสมาชิก เมืองไทย Smile Club

สิทธิประโยชน์สำหรับผู้เอาประกันภัยของเมืองไทยประกันชีวิต เท่านั้น เมื่อผู้เอาประกันภัยสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

- กิน เที่ยว ช้อป ตามไลฟ์สไตล์ที่คุณชื่นชอบ
- คะแนนสะสม Smile Point แลกรับสิทธิประโยชน์เข้าร่วมกิจกรรมเมืองไทย Smile Club ตลอดทั้งปี

ขอบแบบไหน...คุณเลือกได้

- ส่วนลดโรงแรมที่พัก ร้านอาหาร สถาบันเสริมความงาม และโรงพยาบาล กว่า 2,000 แห่งทั่วประเทศ
- ส่วนลดชมการแสดงชั้นนำ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่บริษัทฯ เป็นผู้สนับสนุน

เงื่อนไขและหลักเกณฑ์อื่น ๆ เป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

สามารถติดต่อตัวแทนเมืองไทยประกันชีวิต หรือ ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.muangthai.co.th/smileclub
หรือโทร 1766 เมืองไทย Smile ตลอด 24 ชั่วโมง

แบบสอบถามสำหรับผู้เอาประกันภัย

(กรณีไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club และ บัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด)

1. เหตุผลที่ไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

- ☐ ไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club โปรดระบุเหตุผล
(ถ้าเลือกคำตอบข้อนี้แล้วให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)
- ☐ ปัจจุบันเป็นสมาชิกเมืองไทย Smile Club อยู่แล้ว (เลือกคำตอบต่อในข้อที่ 2)

2. ปัจจุบันท่านมีบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ดแล้วหรือยัง

- ☐ มีบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ดแล้ว (เลือกคำตอบข้อนี้แล้วให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)
- ☐ ยังไม่มีบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด (เลือกคำตอบต่อในข้อที่ 3)

3. ท่านสนใจสมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ดในครั้งนี้ หรือไม่

- ☐ สนใจ สมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด (เลือกคำตอบข้อนี้แล้วให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)
- ☐ ไม่สนใจ สมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด โปรดระบุเหตุผล
(เลือกคำตอบข้อนี้ให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)

ลงชื่อ X.....นายยินดี มีชัย.....(ลายเซ็นผู้ขอเอาประกันภัย)
(.....นายยินดี มีชัย.....) (กรอกตัวบรรจง)
วันที่ 5 เดือน ก.พ. พ.ศ. 2564

แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้



หมายเหตุ : - ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็น % ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ณ วันเริ่มสัญญา
- เบี้ยประกันชีวิตของแบบประกันภัยนี้ สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ฉบับที่ 172 ซึ่งประกาศ ณ วันที่ 30 ธ.ค. 2551

ตารางแสดงผลประโยชน์รวมตลอดสัญญา

ปีกรมธรรม์ที่	เบี้ยประกันภัยต่อปี (ณ ต้นปีกรมธรรม์)	ผลประโยชน์ (ณ ต้นปีกรมธรรม์)		ความคุ้มครองชีวิต (จำนวนเงินเอาประกันภัย)		เงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย * (ณ ต้นปีกรมธรรม์)
		%	จำนวนเงิน (บาท)	%	จำนวนเงิน (บาท)	
1	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	-
2	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	1,200.00
3	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	3,600.00
4	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	6,200.00
5	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	9,000.00
6	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	12,200.00
7	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	15,600.00
8	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	18,600.00
9	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	21,600.00
10	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	25,000.00
11	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	28,200.00
12	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	31,800.00
13	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	35,400.00
14	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	39,200.00
15	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	43,000.00
16	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	47,200.00
17	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	51,400.00
18	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	55,800.00
19	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	60,400.00
20	4,300.00	-	-	100%	200,000.00	65,200.00
21 - ครบอายุ 98 ปี	-	-	-	100%	200,000.00	67,400.00 ถึง 191,400.00 (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมตามตารางมูลค่ากรมธรรม์)
ครบอายุ 99 ปี	-	100 %	200,000.00	100%	200,000.00	200,000.00
รวมทั้งสิ้น	86,000.00	100 %	200,000.00			

เบี้ยประกันชีวิต แบบประกันภัยเมืองไทย สมาร์ท โพรเทคชั่น 99/20 (รายปี)	4,300.00 บาท
เบี้ยประกันชีวิตรวมต่อปี	4,300.00 บาท
ผลประโยชน์รวมตลอดสัญญา	200,000.00 บาท
หัก เบี้ยประกันชีวิตรวมตลอดสัญญา	86,000.00 บาท
ผลต่างของผลประโยชน์หลังหักเบี้ยประกันภัย (กรณีมีชีวิตอยู่จนครบกำหนดสัญญา)	114,000.00 บาท

*เงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ในตารางเป็นตัวเลขก่อนหักหนี้สินใดๆ ตามกรมธรรม์ที่ค้างชำระอยู่ (ถ้ามี)

ผลประโยชน์และความคุ้มครองเป็น % ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ณ วันเริ่มสัญญา
และในกรณีที่ระบุจำนวนเงินผลประโยชน์ และความคุ้มครองไม่ถูกต้องเมื่อคิดคำนวณเป็น % ให้ยึดตาม % ที่กำหนด

สรุปเงื่อนไขทั่วไปของกรมธรรม์โดยย่อ ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย กรณีที่บริษัทฯ จะไม่คุ้มครอง และช่องทางชำระเบี้ยประกันภัย ระบุไว้ที่ด้านหลังเอกสารนี้
ข้าพเจ้าเข้าใจโดยชัดแจ้งว่าเป็นการเสนอขายประกันชีวิต ไม่ใช่อการขายหลักทรัพย์และไม่เป็นการฝากเงินและได้ศึกษาทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายฉบับนี้ครบถ้วนทุกหน้าและได้รับสำเนาเอกสารเสนอขายนี้
ไว้แล้วโดยตัวแทนไม่ได้ให้ข้อมูลของแบบประกันชีวิต หรือแจ้งผลประโยชน์อื่นๆ ที่แตกต่างหรือนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในเอกสารนี้แต่อย่างใดทั้งนี้ และตัวแทนได้แจ้งให้ทราบแล้วว่า
หากมีการเวนคืนกรมธรรม์อาจทำให้ได้รับเงินน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้ หรือเบี้ยประกันภัยทั้งหมดที่ชำระไปแล้ว

ต้นฉบับส่งบริษัท สำเนาสำหรับลูกค้า V. 5.0.000 9/2/2021 (WON208)	ลายมือชื่อตัวแทน นายสันติ มีมาก(นายหน้าแรงงาน) (นายสันติ มีมาก) วันที่ 5 2 64 เวลา.....น.	ลายมือชื่อผู้ขอสมัครเอาประกันภัย นายอินดี มีชัย (นายอินดี มีชัย) วันที่ 5 2 64 เวลา.....น.	บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. +66 (0) 2274-9400, +66 (0) 2276-1025 โทรสาร: +66 (0) 2276-1997-8
--	--	---	--

• สรุปเงื่อนไขทั่วไปของแบบประกันภัยที่ควรทราบโดยย่อ

สัญญาประกันภัยเกิดจากการที่บริษัทฯ เชื้อถือข้อแถลงของผู้เอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัย ใบแถลงสุขภาพ และข้อแถลงเพิ่มเติมอื่นใดที่ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อไว้ และชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกแล้ว บริษัทฯ จึงตกลงทำสัญญา ซึ่งเป็นสัญญาที่ระบุสิทธิและหน้าที่ของคู่สัญญาไว้ชัดเจนคือ หากผู้เอาประกันภัยปกติซื้อที่จริงหรือให้ถ้อยแถลงเท็จที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่บริษัทฯ เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือให้บอกปิดไม่ทำสัญญาด้วยบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาและไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ หากสัญญาสมบูรณ์ และผู้เอาประกันภัยไม่ขาดการชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทฯ จะชดใช้ค่าสินไหมทดแทนที่ไม่อยู่ในข้อยกเว้นของสัญญาให้ส่วนผู้เอาประกันภัยหากยังไม่ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ได้ด้วยการส่งคืนกรมธรรม์มายังบริษัทฯ ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับการยอมรับคืนกรมธรรม์แล้ว บริษัทฯ ได้ออกกรมธรรม์ให้แก่ผู้เอาประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์หรือมีสิทธิขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ หรือขอแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา หรือขอเวนคืนกรมธรรม์ เป็นต้น ทั้งนี้เงื่อนไขโดยละเอียดของกรมธรรม์เป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ที่บริษัทฯ จะออกและส่งมอบให้

• ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยรู้อยู่แล้ว และแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริงใดแต่ไม่เปิดเผยข้อความจริงนั้น ให้บริษัทฯ ทราบในขณะที่ขอเอาประกันภัย ซึ่งถ้าบริษัทฯ ทราบข้อความจริงนั้นแล้ว อาจจงใจบริษัทฯ ให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือให้บอกปิดไม่ยอมทำสัญญา สัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆะตาม ป.พ.พ. มาตรา 865 ซึ่งบริษัทฯ อาจบอกล้างสัญญา และไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ความรับผิดชอบของบริษัทฯ จะมีเพียงคืนเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระให้แก่บริษัทฯ แล้ว

• กรณีที่บริษัทฯ จะไม่คุ้มครอง

1. กรณีผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือตามการต่ออายุ หรือตามการกลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์ ครั้งสุดท้าย หรือวันที่บริษัทฯ อนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย ทั้งนี้เฉพาะในส่วนของการเพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น
2. กรณีผู้เอาประกันภัยถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. กรณีผู้เอาประกันภัยแถลงอายุคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้องแท้จริง และบริษัทฯ พิสูจน์ได้ว่าในขณะที่ทำสัญญาประกันภัยอายุที่ถูกต้องแท้จริงอยู่นอกจำกัด

เอกสารเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยรายบุคคลนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นของแบบประกันภัย โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในกรมธรรม์

• ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

1. ที่ธนาคาร โดยชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคาร หรือหักผ่านบัญชีเงินฝาก
2. ที่เคาน์เตอร์เซอร์วิสและจุดบริการชำระเงินอื่นๆ
3. ที่ทำการไปรษณีย์ โดยบริการ PAY AT POST
4. ที่สำนักงานใหญ่และสาขาของบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ท่านสามารถดูวิธีการโดยละเอียดได้จากใบแจ้งกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย หรือ www.muangthai.co.th หรือสอบถามที่ศูนย์บริการลูกค้า โทร 1766

การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น

คำเตือน : ผู้เอาประกันภัยควรศึกษา และทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับการคุ้มครองแล้ว โปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดและเงื่อนไขในการออกกรมธรรม์



บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. +66 (0) 2274-9400, +66 (0) 2276-1025
โทรสาร: +66 (0) 2276-1997-8

ขอเสนอความคุ้มครองชีวิต และสุขภาพแก่ท่าน
ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต บริษัท ศรีกรุงประกันชีวิตโบรคเกอร์ จำกัด .
เสนอ นายยินดี มีชัย อายุ 30 ปี

เบี้ยประกันภัย / จำนวนเงินเอาประกันภัย		
1. เบี้ยประกันชีวิต	4,300.00 บาท /	200,000.00 บาท
2. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยของผู้เอาประกันภัย	-	บาท
3. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	-	บาท
4. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม การประกันภัยอุบัติเหตุแบบ	-	บาท
- ขยายความคุ้มครองการเสียชีวิต, สูญเสียอวัยวะ จากการถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกายโดยเจตนา การจลาจล ฯลฯ	-	บาท / - บาท
5. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม การประกันภัยสุขภาพแบบ		
5.1 ประกันภัยสุขภาพ แบบ แยกค่าใช้จ่าย	-	บาท*
5.2 ประกันภัยสุขภาพ แบบ วีไอพี	-	บาท*
5.3 ประกันภัยสุขภาพ แบบ เหม่าจ่าย	-	บาท*
5.4 ประกันภัยสุขภาพ แบบ เอ็กซ์ตร้า แคร์		
5.4.1 โครงการเอ็กซ์ตร้า แคร์	-	บาท*
5.4.2 โครงการเอ็กซ์ตร้า แคร์ พลัส	-	บาท*
5.4.3 โครงการเหม่าจ่าย เอ็กซ์ตร้า	-	บาท*
5.5 ประกันภัยสุขภาพ แบบ ไดมอนด์แคร์	-	บาท*
5.6 ประกันภัยสุขภาพ แบบ สมาร์ทเฮลท์	-	บาท*
5.7 ประกันภัยสุขภาพแบบ ดี เฮลท์ -	-	บาท*
5.8 ประกันภัยสุขภาพ แบบ อิลิท เฮลท์ แผน 2 พื้นที่ความคุ้มครอง เฉพาะประเทศไทย	30,624.00 บาท*	
6. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม สุขภาพข้าราชการ สุขสันต์	-	บาท*
7. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม คุ้มครองค่าใช้จ่ายในการศัลยกรรม	-	บาท
8. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)	-	บาท*
9. เบี้ยประกันภัยสุขภาพวงเงินแน่นอน	-	บาท
10. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ภายในระยะเวลา	-	บาท / - บาท
11. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม โรคร้ายแรงแอปปี ลีฟวิ่ง	-	บาท* / - บาท
12. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม การประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	-	บาท* / - บาท
13. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล	-	บาท* / - บาท
14. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม แอปปี เลดี	-	บาท* / - บาท
15. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม แอปปี เลดี พลัส	-	บาท* / - บาท
16. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม แอปปี คิตส์	-	บาท* / - บาท
17. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ความคุ้มครองโรคมะเร็ง	-	บาท* / - บาท
18. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม เพียว แคนเซอร์	-	บาท* / - บาท
19. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม มัลติเพิล ซีไอ	-	บาท* / - บาท
20. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ซีไอ เพอร์เฟค แคร์	-	บาท* / - บาท
21. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ความคุ้มครองโรคเบาหวาน	-	บาท* / - บาท
รวมเบี้ยประกันภัยทั้งสิ้น	34,924.00 บาท	

สรุปการชำระเบี้ยประกันภัยและวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย
วิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต รายปี วิธีการชำระเบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม รายปี
ชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรก จำนวน 34,924.00 บาท เบี้ยประกันชีวิต 4,300.00 บาท เบี้ยประกันสัญญาเพิ่มเติม 30,624.00 บาท
*เบี้ยประกันภัยนี้ จะเปลี่ยนแปลงตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งบริษัทจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์และผู้เอาประกันภัยมีสิทธิในการไม่ต่ออายุสัญญาเพิ่มเติมนี้ได้

สรุปเงื่อนไขทั่วไปของกรมธรรม์ที่ควรทราบโดยย่อ กรณีที่บริษัทฯ จะไม่คุ้มครอง ช่องทางการชำระเบี้ยประกันและหมายเหตุการนำเบี้ยประกันไปหักลดหย่อนภาษี ระบุไว้ในหน้าที่ 2 ของเอกสารนี้
- การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นให้บริการเท่านั้น
ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจว่าเป็นการประกันชีวิตมิใช่การ ผูกเงินและได้ศึกษา อ่านทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายครบทุกหน้า ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 4 หน้า และได้รับสำเนาเอกสาร เสนอขายนี้แล้วโดยตัว
นายหน้าประกันชีวิต มิได้มีการเสนอผลประโยชน์ของแบบประกันนอกเหนือไปจากที่ระบุในเอกสารนี้

ลายมือชื่อตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต.....นายสันติ มีมาก (นายหน้าแรงงาน)
(นายสันติ มีมาก)
ลายมือชื่อผู้ขอสมัครเอาประกันภัย.....นายยินดี มีชัย
(นายยินดี มีชัย)

หมายเหตุ

1. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ของบิดามารดาที่ สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 162 และ เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติมที่ สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 383 มีดังต่อไปนี้
สัญญาเพิ่มเติม การประกันภัยสุขภาพ แบบ แยกค่าใช้จ่าย (H&S), การประกันภัยสุขภาพ แบบ วิไอพี, การประกันภัยสุขภาพ แบบ เหม่าจ่าย, การประกันภัยสุขภาพ แบบ เอ็กซ์ตรา แคร์, การประกันภัยสุขภาพ แบบ ไดมอนด์แคร์, การประกันภัยสุขภาพ แบบ สมาร์ทเฮลท์, การประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์, การประกันภัยสุขภาพ แบบ อีลิท เฮลท์, สุขภาพข้าราชการสุขสันต์, กลุ่มครอบครัวจ่ายในการศัลยกรรม, การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD), การประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (TPD), แอปปี เลดี้, แอปปี เลดี้ พลัส, เพียว แคนเซอร์, มัลติเพิล ซีไอ, กลุ่มครอบครัวโรเบอทาน
2. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติม ของบิดามารดาที่ สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยได้บางส่วนตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 162 และ เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติมที่ สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาได้บางส่วนตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 383 มีดังต่อไปนี้
สัญญาเพิ่มเติม การประกันอุบัติเหตุแบบ ก. ข. ค., โรคร้ายแรง แอปปี ลีฟวิ่ง, การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA), แอปปี คิตส์, ความคุ้มครองโรคมะเร็ง, ซีไอ เพอร์เฟกต์ แคร์
3. เบี้ยประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติมที่ ไม่สามารถ นำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ มีดังต่อไปนี้
สัญญาเพิ่มเติม สุขภาพเด็กเล็ก (0-5 ปี), สุขภาพวงเงินแน่นอน (HB), ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยของผู้เอาประกันภัย (WP), ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB), ภัยในระยะเวลา (TERM)

คำเตือน : ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษาและทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์แล้วโปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดและเงื่อนไขในการออกกรมธรรม์



ความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ อิลิท เฮลท์ แผน 2 พื้นที่ความคุ้มครอง เฉพาะประเทศไทย

บริษัทฯ จะจ่ายผลประโยชน์สำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นและสมควร ซึ่งเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ ให้ตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินผลประโยชน์ที่ระบุไว้ในหน้าตารางความคุ้มครอง

ตารางความคุ้มครอง	แผนความคุ้มครอง			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
ผลประโยชน์รวมสูงสุดต่อปีกรมธรรม์ไม่เกิน	20,000,000	40,000,000	75,000,000	100,000,000
1. ผลประโยชน์กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล				
1.1 ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการพยาบาลประจำวันต่อวัน ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง* (สูงสุดไม่เกิน 365 วัน)	10,000	12,000	15,000	25,000
1.2 ค่าห้องผู้ป่วยวิกฤต (สูงสุดไม่เกิน 365 วัน) โดยเมื่อรวมผลประโยชน์ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการพยาบาลประจำวัน แล้วไม่เกิน 365 วัน	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
1.3 ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาล				
1.4 ค่าแพทย์ตรวจรักษาในโรงพยาบาลประจำวันและค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ				
1.5 ค่าแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ				
1.6 ค่าธรรมเนียมวิสัญญีแพทย์ และ/หรือ วิสัญญีพยาบาล				
1.7 ค่าห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ในห้องผ่าตัด				
1.8 ค่าใช้จ่ายสำหรับการปลูกถ่ายอวัยวะ (สูงสุด 1 ครั้งตลอดชีวิต)				
1.9 ค่าห้องพักในโรงพยาบาลสำหรับบิดาหรือมารดา (เตียงเสริม) ต่อวัน (กรณีผู้เอาประกันภัย มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์)	ไม่คุ้มครอง	5,000	5,000	5,000
1.10 ค่าฟื้นฟูสภาพในฐานะผู้ป่วยใน (สูงสุดไม่เกิน 28 วันต่อโรค)	ไม่คุ้มครอง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
1.11 ค่ารักษาทางจิตเวชในฐานะผู้ป่วยใน ต่อโรค สูงสุดไม่เกิน รวมตลอดชีวิต สูงสุดไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	75,000 300,000	100,000 400,000
1.12 ค่าพยาบาลส่วนตัวตามคำแนะนำแพทย์ หลังจากการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 40 วันต่อปีกรมธรรม์)	ไม่คุ้มครอง	3,000	4,000	5,000
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉิน				
2.1 ค่าธรรมเนียมรถพยาบาล	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
2.2 ค่ารักษาทางทันตกรรมเนื่องจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ				
2.3 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง ขณะเป็นผู้ป่วยนอก				
2.4 ค่าบริการการช่วยเหลือฉุกเฉินทางการแพทย์				
3. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก				
3.1 ค่าธรรมเนียมปรึกษาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง รวมไปถึง ค่าวินิจฉัยและค่ายา สูงสุดไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	2,500 ต่อครั้ง (ไม่เกิน 15 ครั้งต่อปี)	5,000 ต่อครั้ง (ไม่เกิน 20 ครั้งต่อปี)	จ่ายตามจริง (ไม่เกิน 360 ครั้งต่อปี)
3.2 การฝังเข็ม ธรรมชาติบำบัด กระดูกและกล้ามเนื้อบำบัด และการจัดกระดูก สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	10,000	40,000
3.3 ค่ากายภาพบำบัด	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
3.4 ค่าภาพวินิจฉัยขั้นสูง เช่น การตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
3.5 ค่ารักษาโรคมะเร็งรวมถึงเคมีบำบัด การรักษาแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted Therapy) และรังสีบำบัด				
3.6 ค่าล้างไต				

*การเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง หมายถึง การต้องอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อการรักษาในฐานะผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง และ ให้รวมถึงการต้องอยู่ในโรงพยาบาลสองครั้งหรือมากกว่า ด้วยสาเหตุ หรือ โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดียวกัน โดยที่ระยะเวลาการต้องอยู่ในโรงพยาบาล แต่ละครั้งห่างกันไม่เกินกว่า 90 วัน นับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ก็ให้ถือว่าเป็นการเข้าพักรักษาตัวครั้งเดียวกันด้วย

4. ผลประโยชน์การคลอดบุตร				
4.1 ค่าใช้จ่ายการคลอดบุตร				
กรณีคลอดโดยธรรมชาติ สูงสุดต่อการคลอด 1 ครั้งไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	90,000	150,000
หรือ กรณีผ่าคลอด สูงสุดต่อการคลอด 1 ครั้งไม่เกิน			150,000	200,000
4.2 ค่าใช้จ่ายสำหรับการผ่าคลอดและค่าคลอดบุตร	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
4.3 ค่าใช้จ่ายกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง
5. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ				
5.1 ค่าตรวจสุขภาพประจำปี สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	5,000	10,000
5.2 ค่าฉีควัคซีน สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	4,000	6,000
5.3 ค่ารักษาทางทันตกรรม สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	10,000	15,000
5.4 ค่ารักษาทางสายตา สูงสุดต่อปีกรมธรรม์ไม่เกิน	ไม่คุ้มครอง	ไม่คุ้มครอง	5,000	7,500

ข้อยกเว้นความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมมีทั้งหมด 26 ข้อ เช่น

ไม่คุ้มครองค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลหรือความเสียหายที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย(รวมทั้งโรคแทรกซ้อน)อาการหรือภาวะความผิดปกติที่เกิดจาก

- 1. โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่ยังมิได้รับการรักษาให้หายก่อนวันที่สัญญาประกันภัย การตรวจรักษาภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital) หรือปัญหาด้านพัฒนาการ หรือโรคทางพันธุกรรม
- 2. การตรวจรักษาหรือการผ่าตัดเพื่อเสริมสวย หรือการแก้ไขปัญหามิพพจน์ สิว ฝ้า กระ รังแค ผมหงอก หรือการควบคุมน้ำหนักตัว หรือการผ่าตัดอวัยวะเพศเลือกได้ เว้นแต่เป็นการตกแต่งบาดแผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่ได้รับการคุ้มครอง
- 3. การตั้งครรภ์ แท้งบุตร ท้องแฝก การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การแก้ไขปัญหามิพพจน์ (รวมถึงการสืบวิเคราะหและการรักษา) การทำหมันหรือการคุมกำเนิด
- 4. โรคเอดส์ หรือกามโรคหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 5. การตรวจรักษา หรือการป้องกัน การฉายา หรือสารต่างๆ เพื่อการชะลอความเสื่อมของวัย หรือการให้ฮอร์โมนทดแทนในวัยใกล้หมดหรือหมดระดู การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในหญิง หรือชาย การรักษาความผิดปกติทางเพศ และการแปลงเพศ เป็นต้น

ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (Waiting period)

- (ก) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยใดๆที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 30 วัน นับตั้งแต่ วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้ายแล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
- (ข) ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน นับตั้งแต่ วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้หรือตามการต่ออายุครั้งสุดท้ายแล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นหลังสุด ที่เกิดจากโรคหรือภาวะผิดปกติ (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) ดังต่อไปนี้
 - 1. เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด
 - 2. โรคผิวหนัง
 - 3. ไข้เลือดออก
 - 4. ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก
 - 5. การติดเชื้อ หรือติดเชื้อ
 - 6. นิ้วทุกชนิด
 - 7. เส้นเลือดอุดตันที่ขา
 - 8. เชื้อไวรัสรวมเม็ดเลือดขาว





หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัย เพียงครั้งเดียว

วันที่ 5 เดือน ก.พ. พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นายอินดี มีชัย เป็นผู้ออกรับประกันภัย / ผู้ออกรับประกันภัยกับ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
ตามใบคำขอเอาประกันภัย / สัญญาประกันภัยเลขที่ 6xxxxxxx มีความประสงค์ขอชำระเบี้ยประกันภัยปีที่ / งวดที่ 1
โดยยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตที่ออกโดยธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตร กรุงเทพมหานคร
จำนวนเงิน 34,924 บาท (สามหมื่นสี่พันเก้าร้อยยี่สิบสี่บาทถ้วน)

ผ่านระบบ ☐ EDC ☒ Mail Order ☐ mPos

☐ Smart Pay (ผ่อนชำระอัตโนมัติผ่านบัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย ในอัตราดอกเบี้ย 0% เป็นระยะเวลา เดือน)

ประเภทบัตร ☒ VISA ☐ Master Card ☐ AMEX ☐ Diners ☐ JCB ☐ Union Pay

เลขที่บัตร

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 บัตรหมดอายุ

X	X
---	---

 /

X	X
---	---

ชื่อเจ้าของบัตรเครดิต นายอินดี มีชัย หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ XXX-XXX-XXXX

เกี่ยวข้องกับผู้ออกรับประกันภัย / ผู้ออกรับประกันภัยโดยเป็น

☒ บุคคลเดียวกัน ☐ บุคคลอื่นชำระแทน (โปรดระบุความสัมพันธ์).....

ข้าพเจ้า ("ผู้ออกรับประกันภัย" / "ผู้ออกรับประกันภัย") และเจ้าของบัตรเครดิต รับทราบและตกลงว่า

- หากเกิดกรณีจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระสูงเกินกว่าอัตราที่บริษัทฯ เรียกเก็บ หรือมีกรณีที่บริษัทฯ จะต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ซึ่งตามเงื่อนไขของกรมธรรม์หรือกฎหมาย กำหนดให้บริษัทฯ ต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยดังกล่าวให้กับผู้ออกรับประกันภัยหรือผู้ออกรับประกันภัย แล้วแต่กรณี ข้าพเจ้า ตกลงให้บริษัทฯ คืนจำนวนเงินดังกล่าว เข้าบัญชีบัตรเครดิตของ นายอินดี มีชัยเลขที่ดังกล่าวข้างต้น ผ่าน บมจ.ธนาคารกสิกรไทย ในกรณีดังต่อไปนี้
 - ข้าพเจ้าขอยกเลิกการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยกับบริษัทฯ
 - ข้าพเจ้าขอยกเลิกการขอเอาประกันภัยและขอเงินค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัทฯ
 - ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์และขอเงินค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัทฯ
 - บริษัทฯ ปฏิเสธหรือเลื่อนการรับประกันภัยกับข้าพเจ้า
 - บริษัทฯ บอกล้างสัญญาประกันภัยในขณะที่ข้าพเจ้ายังมีชีวิตอยู่
- การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ออกรับประกันภัย/ผู้ออกรับประกันภัย นี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้ออกรับประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
- ในกรณีที่มีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วน และให้นำยอดคงค้างชำระเข้ารวมเป็นยอดในบัญชีบัตรเครดิตได้ทันที

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม
(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ไว้ในบัตรเครดิต)

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

ผู้ออกรับประกันภัย / ผู้ออกรับประกันภัย

กรุณาแนบ สำเนาบัตรเครดิต และโปรดเรียกเก็บใบรับเงินชั่วคราวจากตัวแทนของบริษัทฯ

- หมายเหตุ : การใช้บัตรเครดิตของบุคคลอื่นเพื่อชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทฯ จะรับชำระเฉพาะบัตรเครดิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้ออกรับประกันภัยที่นามสกุลเดียวกันเท่านั้น กรณีคนละนามสกุลกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ฯลฯ เป็นต้น



ถ่ายสำเนาบัตรประชาชน

พร้อมเซ็น สด ด้วยน้ำหมึกปากกา น้ำเงิน

เซ็น ลายเซ็น ให้เหมือน ที่เซ็น ในใบคำขออนะคะ



เซ็นสำเนาถูกต้องด้วยน้ำหมึกปากกาเงิน

หรือถ่ายคู่สำเนาบัตรประชาชน



สำเนาถูกต้อง
ชื่อ - นามสกุล
16/05/20

กรณีเจ้าหน้าที่แจ้ง แบนเอกสารเพื่อยืนยันความสัมพันธ์



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขทะเบียนพาณิชย์
250 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10330
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachasathit Rd. Huaykwang, Bangkok 10330
โทรศัพท์: 02-276 9900, +66 (0) 2276 1021
+66 (0) 2276 9900, +66 (0) 2276 1021 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก
และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร



2-07-05-0017

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย นายอินดี มีชัย

☒ ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ 6xxxxxxx และ/หรือ ☐ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.) 2.) ☐ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ

ข้าพเจ้า (เจ้าของบัญชีเงินฝาก/เจ้าของบัตรเครดิต) นายอินดี มีชัย อายุ 30 ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ X XXXX XXXX XX X

โทรศัพท์ XXX-XXX-XXXX โทรศัพท์มือถือ XXX-XXX-XXXX อีเมล abc@gmail.com

☒ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ☒ มีความสัมพันธ์เป็น คนเอง ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น

☐ กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น ยินยอมให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ดำเนินการดังนี้

1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัย

☒ **หักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ** (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)

ยินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าที่ออกโดยธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร

เลขที่บัตรเครดิต X X X X - X X X X - X X X X - X X X X บัตรหมดอายุ X X / X X

ประเภทบัตรเครดิต ☒ VISA ☐ MASTER CARD ☐ อื่นๆ

(รับชำระเฉพาะบัตรเครดิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยที่นามสกุลเดียวกันเท่านั้น กรณีผู้ถือบัตรเครดิตคนละนามสกุลกัน โปรดแนบเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หรือ หนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ- สกุล เป็นต้น)

☐ **หักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ** (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)

ยินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า

บัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเงินฝากประเภท

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

หมายเหตุ: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงเทพ) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขอรับการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท
ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง และ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว
- หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามใบคำขอเอาประกันชีวิต/ กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท
- การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้ออกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร และบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน
- กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือเรียกเก็บจากบัตรเครดิต หรือมีกรณีอื่นใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี
- การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
- ในกรณีที่เป็นการลิดหนาท่ำประกันชีวิตความคุ้มครอง หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันครบกำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับ นับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่เรียกเก็บเงินตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงินหรือเรียกเก็บเงินในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่เรียกเก็บเงิน) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลิดหนาท่ำ ณ วัน เดือน ปี ที่ตัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี
- ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

เจ้าของบัญชีเงินฝาก / เจ้าของบัตรเครดิต

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)

ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ ตำแหน่ง สาขา

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ลงชื่อ

2. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า

บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

☐ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 1

☒ บัญชีเงินฝาก ธนาคาร กลสิกรไทย สาขา พระราม 9

บัญชีเงินฝากประเภท ออมทรัพย์

ชื่อบัญชี นายอินดี มีชัย

เลขที่บัญชี xxxxxxxxxxxx

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร
- หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือนก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์
- กรณีผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิก บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับธนาคาร โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก / Bank Statement (ยกเว้นบัญชีเงินฝากประจำ) หรือ สำเนาบัตรเครดิตของท่าน พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารมาเพื่อเป็นหลักฐาน



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขทะเบียนพาณิชย์
250 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10330
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachasathit Rd. Huaykwang, Bangkok 10330
โทรศัพท์: 02-276 9900, +66 (0) 2276 1021
+66 (0) 2276 9900, +66 (0) 2276 1021 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก
และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร



2-07-05-0017

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย นายอินดี มีชัย

☒ ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ 6xxxxxxx และ/หรือ ☐ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.) 2.) ☐ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ

ข้าพเจ้า (เจ้าของบัญชีเงินฝาก/เจ้าของบัตรเครดิต) นายอินดี มีชัย อายุ 30 ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ X XXXX XXXX XX X

โทรศัพท์ XXX-XXX-XXXX โทรศัพท์มือถือ XXX-XXX-XXXX อีเมล abc@gmail.com

☒ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ☒ มีความสัมพันธ์เป็น คนเอง ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น

☐ กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น ยินยอมให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ดำเนินการดังนี้

1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัย

☒ **หักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ** (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)

ยินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าที่ออกโดยธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร

เลขที่บัตรเครดิต X X X X - X X X X - X X X X - X X X X บัตรหมดอายุ X X / X X

ประเภทบัตรเครดิต ☒ VISA ☐ MASTER CARD ☐ อื่นๆ

(รับชำระเฉพาะบัตรเครดิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยที่นามสกุลเดียวกันเท่านั้น กรณีผู้ถือบัตรเครดิตคนละนามสกุลกัน โปรดแนบเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หรือ หนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ- สกุล เป็นต้น)

☐ **หักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ** (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)

ยินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า

บัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเงินฝากประเภท

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

หมายเหตุ: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงเทพ) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขอรับการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท
ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง และขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว
- หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามใบคำขอเอาประกันชีวิต/กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท
- การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้ออกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร และบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน
- กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือเรียกเก็บจากบัตรเครดิต หรือมีกรณีอื่นใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี
- การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
- ในกรณีที่เป็นการลิดกังหนำประกันชีวิตความคุ้มครอง หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันครบกำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับ นับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่เรียกเก็บเงินตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงินหรือเรียกเก็บเงินในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่เรียกเก็บเงิน) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลิดกังหนำ ณ วัน เดือน ปี ที่ตัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี
- ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

เจ้าของบัญชีเงินฝาก / เจ้าของบัตรเครดิต

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)

ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ ตำแหน่ง สาขา

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ลงชื่อ

2. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า

บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

☐ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 1

☒ บัญชีเงินฝาก ธนาคาร กลสิกรไทย สาขา พระราม 9

บัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์

ชื่อบัญชี นายอินดี มีชัย

เลขที่บัญชี xxxxxxxxxxxx

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร
- หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือนก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์
- กรณีผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิก บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับธนาคาร โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก / Bank Statement (ยกเว้นบัญชีเงินฝากประจำ) หรือ สำเนาบัตรเครดิตของท่าน พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารมาเพื่อเป็นหลักฐาน



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขทะเบียนพาณิชย์
250 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10330
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachasathit Rd. Huaykwang, Bangkok 10330
โทรศัพท์: 02-276 9900, +66 (0) 2276 1021
+66 (0) 2276 9900, +66 (0) 2276 1021 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก
และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร



2-07-05-0017

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย นายอินดี มีชัย

☒ ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ 6xxxxxxx และ/หรือ ☐ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.) 2.) ☐ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ

ข้าพเจ้า (เจ้าของบัญชีเงินฝาก/เจ้าของบัตรเครดิต) นายอินดี มีชัย อายุ 30 ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ X XXXX XXXX XX X

โทรศัพท์ XXX-XXX-XXXX โทรศัพท์มือถือ XXX-XXX-XXXX อีเมล abc@gmail.com

☒ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ☒ มีความสัมพันธ์เป็น คนเอง ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น

☐ กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น ยินยอมให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ดำเนินการดังนี้

1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัย

☒ **หักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ** (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)

ยินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้าที่ออกโดยธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร

เลขที่บัตรเครดิต X X X X - X X X X - X X X X - X X X X บัตรหมดอายุ X X / X X

ประเภทบัตรเครดิต ☒ VISA ☐ MASTER CARD ☐ อื่นๆ

(รับชำระเฉพาะบัตรเครดิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยที่นามสกุลเดียวกันเท่านั้น กรณีผู้ถือบัตรเครดิตคนละนามสกุลกัน โปรดแนบเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หรือ หนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ- สกุล เป็นต้น)

☐ **หักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ** (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)

ยินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า

บัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเงินฝากประเภท

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

หมายเหตุ: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงเทพ) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขอรับการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง และ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว
- หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามใบคำขอเอาประกันชีวิต/ กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท
- การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้ออกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร และบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน
- กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือเรียกเก็บจากบัตรเครดิต หรือมีกรณีอื่นใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี
- การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
- ในกรณีที่เป็นการลิดหนาท่ำประกันชีวิตความคุ้มครอง หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันครบกำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับ นับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่เรียกเก็บเงินตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงินหรือเรียกเก็บเงินในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่เรียกเก็บเงิน) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลิดหนาท่ำ ณ วัน เดือน ปี ที่ตัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี
- ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

เจ้าของบัญชีเงินฝาก / เจ้าของบัตรเครดิต

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)

ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ ตำแหน่ง สาขา

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ลงชื่อ

2. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า

บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

☐ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 1

☒ บัญชีเงินฝาก ธนาคาร กลสิกรไทย สาขา พระราม 9

บัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์

ชื่อบัญชี นายอินดี มีชัย

เลขที่บัญชี xxxxxxxxxxxx

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

- ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร
- หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือนก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์
- กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งเปลี่ยนบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิก บริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม

ลงชื่อ นายอินดี มีชัย

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับธนาคาร โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก / Bank Statement (ยกเว้นบัญชีเงินฝากประจำ) หรือ สำเนาบัตรเครดิตของท่าน พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารมาเพื่อเป็นหลักฐาน



ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย* นายยินดี มีชัย เลขที่ใบคำขอเอาประกันชีวิต 62900XXXXXX
(*กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ระบุชื่อและประเมินจากผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์)

แบบฟอร์มการประเมินลักษณะลูกค้าเพื่อให้บริการเป็นพิเศษ
สำหรับตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาลักษณะลูกค้าที่ต้องให้บริการเป็นพิเศษ

หลักเกณฑ์	ลักษณะลูกค้า	ทำเครื่องหมาย ☒ ข้อที่ "ใช่"	
		สำหรับกรมธรรม์ รายสามัญ/ Universal Life	สำหรับกรมธรรม์ Unit-Linked
1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	คำนวณจากปี พ.ศ.ปัจจุบัน ลบด้วยปี พ.ศ.เกิด ณ วันที่เสนอขายหรือให้บริการ	-	
2 มีความรู้ทางการเงิน และการลงทุนอย่างจำกัด	พิจารณาจากวุฒิการศึกษา**	-	
3 ไม่มีประสบการณ์การลงทุน	ไม่เคยลงทุนใน ตราสารหนี้ ตราสารทุน หรือ สินทรัพย์การลงทุนอื่นๆ มาก่อน (ยกเว้น เงินฝาก)	-	
4 ไม่มีประสบการณ์ในการใช้ กรมธรรม์ประกันภัย	ไม่เคยซื้อหรือเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ของทุกแบบประกันชีวิตมาก่อน		
5 มีข้อจำกัดในการสื่อสาร หรือการตัดสินใจด้วยตนเอง	มีข้อจำกัดในการได้ยินหรือการมองเห็น หรือ มีความไม่แน่ใจจึงต้องให้มีผู้ช่วยพิจารณา ร่วมกันในการตัดสินใจ	-	
6 ไม่เข้าหลักเกณฑ์ข้อ(1) - (5)	ลูกค้าทั่วไป	/	

** มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

ในกรณีที่ลูกค้าเป็นบุคคลที่เข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ให้บริการแก่ลูกค้าด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษแล้วโดยได้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจลูกค้าเพื่อเสนอขายผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับลูกค้า และได้อธิบายให้ลูกค้าเข้าใจในรายละเอียด เงื่อนไข ข้อยกเว้นความเสี่ยงและค่าเตือนของผลิตภัณฑ์ที่ข้าพเจ้าเสนอขายอย่างเพียงพอ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ดีที่สุดของลูกค้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ตอบในแบบฟอร์มการประเมินลักษณะลูกค้าเพื่อให้บริการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อความจริงทุกประการและข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามระเบียบและนโยบายของบริษัทฯ หรือธนาคารกำหนดอย่างเคร่งครัด ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่ตอบตามข้อความจริงจะถือเป็นการฝ่าฝืนกฎระเบียบและนโยบายของบริษัทฯ หรือธนาคาร

(ลงชื่อ)..... นายสันติ มีมาก (นามสมมติ)

(..... นายสันติ มีมาก) (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ตัวแทน/นายหน้า

วันที่ 6 ก.พ.64



2-03-05-2421

01.03.2564



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

นาง. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนวิภาวดี แสงสว่าง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
โทรศัพท์: 010755500406
☎ +66 (0) 2276 9400, +66 (0) 2276 1025 📠 +66 (0) 2276 1997-8
🌐 muangthai.co.th

ข้อควรทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของนายหน้าประกันชีวิตในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การเสนอขายกรมธรรม์ประกันชีวิตของบริษัท ในครั้งนี้บริษัทฯ ได้มอบหมายให้.....นายสันติ มีมาก.....**หมายเหตุลงชื่อนายหน้าเจ้าหน้าที่

ในฐานะนายหน้าประกันชีวิต ("นายหน้า") ทำหน้าที่ในการชี้ช่อง รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ข้อมูลชีวภาพ ("ข้อมูลส่วนบุคคล") ของท่าน ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัวในการขอเอาประกันชีวิต ตลอดจนทำหน้าที่ให้บริการอันเกี่ยวเนื่องกับกรมธรรม์ประกันชีวิตของท่าน ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัว ดังนั้น การสร้างความเข้าใจแก่ท่านเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของนายหน้า ในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับบริษัทฯ โดยขอให้ท่านศึกษาและทำความเข้าใจข้อมูลดังกล่าว โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. นายหน้า จะเสนอขายกรมธรรม์ประกันชีวิตตามขั้นตอนและวิธีการที่บริษัทฯ กำหนดไว้เท่านั้น
2. นายหน้า จะรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัวที่ได้ให้ไว้ในขั้นตอนของการขอเอาประกันชีวิต ข้อมูล ที่กรอกในใบคำขอเอาประกันชีวิต เอกสารประกอบการเสนอขาย แบบฟอร์มของบริษัท ตลอดจนเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันที่เกี่ยวข้อง ทั้งใน รูปแบบของกระดาษ อิเล็กทรอนิกส์และไฟล์เสียง ตามหลักเกณฑ์ขั้นตอนและวิธีการที่บริษัทฯ กำหนดไว้เท่านั้น
3. บริษัทฯ ไม่อนุญาตให้นายหน้า เผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัว ที่ให้ไว้ตามข้อ 2. แก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นใดในทุกๆ กรณีและนายหน้า จะต้องนำส่งข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ผู้เยาว์ และ/หรือบุคคลในครอบครัว ให้แก่บริษัทฯ ตามรูปแบบและวิธีการ ที่บริษัทฯ กำหนดไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ การเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวจะเป็นไปตามนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งสามารถศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติม รวมถึงศึกษาสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ <https://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy>

การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว

ข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวดังกล่าวแล้ว และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ข้อมูลชีวภาพ ("ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") ของข้าพเจ้า ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัวที่ได้ให้ไว้ในขั้นตอนของการขอเอาประกันชีวิต และการเรียกร้องเงินผลประโยชน์หรือค่าสินไหมทดแทนตามความคุ้มครองของกรมธรรม์ แก่นายหน้าประกันชีวิต และ/หรือผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ดังกล่าว ตามความจำเป็นเพื่อให้คำแนะนำ นำเสนอกรมธรรม์ อำนวยความสะดวกในการกรอกและนำส่งใบคำขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การส่งมอบกรมธรรม์ และการเรียกร้องเงินผลประโยชน์หรือค่าสินไหมทดแทนตามความคุ้มครองของกรมธรรม์ ทั้งใน รูปแบบของกระดาษ อิเล็กทรอนิกส์และไฟล์เสียง รวมถึงวัตถุประสงค์อื่นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานตามความจำเป็นของบริษัทฯ

ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าลงนามด้านล่างนี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น

ผู้ขอเอาประกันภัย/ ลงชื่อ.....นายอินดี มีชัย.....ผู้เอาประกันภัย	บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ลงชื่อ.....โดยชอบด้วยกฎหมาย
(.....นายอินดี มีชัย.....)	(.....)
วันที่.....xx/xx/2564.....	วันที่.....

กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์
ผู้ปกครองลงนาม



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว

สำหรับนายหน้าประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ขอเอาประกันภัย หรือบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัยที่เป็นผู้เยาว์ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อนายสันติ มีมาก..... นายหน้าประกันชีวิต
(.....นายสันติ มีมาก.....)

กรุณาเขียนชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง