## สรุปเอกสาร บ.เมืองไทยประกันชีวิต รายเดือน ( อายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 20 ปี )

- แบบประเมินลักษณะลูกค้ากลุ่มเปราะบางทั่วไป

- ชุดใบคำขอ 3386 / ใบเสนอราคา

- เอกสาร กรณีผู้เอาประกัน (อายุน้อยกว่า 7 ปี) (สัญชาติไทย) สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกัน และสำเนาบัตรประชาชน ของบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม
-กรณีผู้เอาประกัน (อายุมากกว่า 7 ปี) (สัญชาติไทย) สำเนาบัตรประชาชน ของผู้เอาประกัน และของบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม
- เอกสารการชำระเบี้ย

- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีผู้รับผลประโยชน์คนละนามสกุล)

**** กรณีชำระเบี้ยด้วย (Special Pay In)****

- สร้างใบนำฝากเงิน (Special Pay In) + ใบสลิปการชำระเบี้ย

แนบเอกสารการชำระเบี้ยทั้ง 2 ใบมาพร้อมใบคำขอด้วยทุกครั้ง

กรณีรายเดือนหากชำระเบี้ยเข้ามา 2 งวด ต้องสมัครบริการยืนยันการยินยอมหักบัญชีอัตโนมัติ

ผ่านเครื่อง ATM ทุกครั้ง

กรณีรายเดือนหากชำระเบี้ยเข้ามา 3 งวด ไม่ต้องยืนยันที่หน้าตู้ ATM

**** กรณีชำระเบี้ยด้วยบัตรเครดิต ****

- แบบฟอร์มตัดบัตรพร้อมแนบสำเนาหน้าบัตรเครดิตเซ็นสำเนาถูกต้อง
- กรณีรายเดือนตัดบัตรเครติดต้องแนบเอกสารยินยอมตัดบัตรเครดิตรายเดือนด้วยนะคะ

**การลงนามเอกสารผู้เยาว์**

กรณีผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 10 ปี ผู้ปกครองต้องลงนามชื่อผู้เยาว์และลงนามชื่อผู้ปกครองด้วย

กรณีผู้เยาว์อายุ 10 ปี – 20 ปี ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเองและผู้ปกครองลงนามยินยอมด้วย

กรณีผู้เยาว์อายุ 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเอง

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย*.....เลขที่ใบคำขอเอาประกันชีวิต.....
(*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 มีความรู้ทางด้านการเงินและการลงทุนอย่างจำกัด | พิจารณาจากวุฒิการศึกษา** | | |
| 3 ไม่มีประสบการณ์การลงทุน | ไม่เคยลงทุนใน ตราสารหนี้ ตราสารทุน หรือสินทรัพย์การลงทุนอื่นๆ มาก่อน (ยกเว้น เงินฝาก) | | |
| 4 ไม่มีประสบการณ์ในการใช้กรมธรรม์ประกันภัย | ไม่เคยซื้อหรือเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของทุกแบบประกันชีวิตมาก่อน | | |
| 5 มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือการตัดสินใจด้วยตนเอง | มีข้อจำกัดในการได้ยินหรือการมองเห็น หรือมีความไม่แน่ใจจึงต้องให้มีผู้ช่วยพิจารณาร่วมกันในการตัดสินใจ | | |
| 6 ไม่เข้าหลักเกณฑ์ข้อ(1) - (5) | ลูกค้าทั่วไป | | |

** มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

ในกรณีที่ลูกค้าเป็นบุคคลที่เข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ให้บริการแก่ลูกค้าด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษแล้วโดยได้ให้ความสำคัญกับการทำความรู้จักลูกค้าเพื่อเสนอขายผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับลูกค้าและได้อธิบายให้ลูกค้าเข้าใจในรายละเอียด เงื่อนไข ข้อยกเว้นความเสี่ยงและคำเตือนของผลิตภัณฑ์ที่ข้าพเจ้าเสนอขายอย่างเพียงพอโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ดีที่สุดของลูกค้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ตอบในแบบฟอร์มการประเมินลักษณะลูกค้าเพื่อให้บริการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อความจริงทุกประการและข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามระเบียบและนโยบายที่บริษัทฯ หรือธนาคารกำหนดอย่างเคร่งครัด ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่ตอบตามข้อความจริงจะถือเป็นการฝ่าฝืนกฎระเบียบและนโยบายของบริษัทฯ หรือธนาคาร

(ลงชื่อ).....

(.....) (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ตัวแทน/นายหน้า

วันที่.....

สำหรับอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 20 ปี

# 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

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

CLIENT NO. _____
ชื่อตัวแทน/นายหน้า _____
ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน/นายหน้า _____
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด สำหรับผู้เยาว์ แบบที่ 1

### ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) _____
(ภาษาอังกฤษ) _____

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ _____ อายุ ____ ปี เกิดวันที่ ____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เอกสารที่ใช้แสดงตน ☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ วันหมดอายุ _____
☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____
☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____
ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____
เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์บ้าน _____

ข ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย) _____

ค สถานที่ทำงาน _____
อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____
ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

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
โทรศัพท์มือถือ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐
อีเมล _____

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการติดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วนที่ 4 เท่านั้น)

3 อาชีพประจำ _____
ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
ลักษณะธุรกิจ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท

อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) _____
ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
ลักษณะธุรกิจ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท

## 4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

| รายละเอียด | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) | จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท) | รายละเอียดเพิ่มเติม |
|---|---|---|---|
| แบบประกันภัยโปรดระบุ | | | แบบประกันภัยหลัก |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | ชนิด |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | ☐ มีเงินปันผล |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | ☐ ไม่มีเงินปันผล |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | |
| รวมเบี้ยประกันภัย _____ | | | |

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

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

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ _____ บาท

ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ บัตรเครดิต ☐ แคชเชียร์เช็ค/ดร๊าฟ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

☐ เช็ค ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่เช็ค _____ เช็คลงวันที่ _____

☐ เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

ธนาคาร _____ สาขา _____

ใบรับเงินชั่วคราว /เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง (โปรดระบุข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย ข้อ 18-20)

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง (โปรดระบุข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ข้อ 18-20)

## 5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

| ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ | อายุ (ปี) | ความสัมพันธ์ | เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ | ที่อยู่ | ร้อยละของผลประโยชน์ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 6 ท่านมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

| บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) | | | เงินชดเชยรายวัน | ขณะนี้สัญญามีผลบังคับหรือไม่ |
|---|---|---|---|---|---|
| | 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 ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?

☐ ไม่สูบ/ไม่เคยสูบ

☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุ ปริมาณ _____ มวน/วัน

สูบมานาน _____ ปี

◯ เลิกสูบ เมื่อ _____

11 ส่วนสูง _____ ซ.ม. น้ำหนัก _____ ก.ก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

☐ ไม่เปลี่ยน

☐ เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก ◯ เพิ่มขึ้น _____ ก.ก.

◯ ลดลง _____ ก.ก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

## ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

12 บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น _____

_____

## ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

13 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยมีหรือกำลังมี โปรดทำเครื่องหมายระบุอาการและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

◯ การมองเห็นผิดปกติ
◯ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
◯ มีพัฒนาการช้า
◯ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง
◯ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก
◯ ไอเรื้อรัง
◯ ไอเป็นเลือด
◯ เหนื่อยง่ายผิดปกติ
◯ เจ็บหรือแน่นหน้าอก
◯ ใจสั่น
◯ ปวดท้องเรื้อรัง
◯ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด
◯ ท้องมาน
◯ ท้องเสียเรื้อรัง
◯ มีเลือดปนในปัสสาวะ
◯ ปวดข้อเรื้อรัง
◯ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง
◯ จ้ำเลือด
◯ คลำพบก้อนเนื้อ

**อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา**

◯ อาการอ่อนเพลีย
◯ ไข้เรื้อรัง
◯ โรคผิวหนังเรื้อรัง

**เฉพาะสตรี**

◯ กำลังตั้งครรภ์ ____ เดือน
◯ โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
◯ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

| อาการ | วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ | อาการปัจจุบัน |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

14 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ◯ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ◯ โรคหลอดเลือดในสมอง | ◯ โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต | ◯ โรคพาร์กินสัน | ◯ โรคชัก |
| ◯ โรคความจำเสื่อม | ◯ การบาดเจ็บที่ศีรษะ | ◯ โรคสมองพิการ (Cerebral palsy) | ◯ โรคความดันโลหิตสูง |
| ◯ โรคไขสันหลังอักเสบ, โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อในสมอง | | | ◯ โรคหอบหืด |
| ◯ โรคหัวใจ | ◯ โรคหลอดเลือด | ◯ โรคปอดหรือปอดอักเสบ | ◯ โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| ◯ โรควัณโรค | ◯ โรคแผลในทางเดินอาหาร | ◯ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | ◯ โรคไต |
| ◯ ดีซ่าน | ◯ ม้ามโต | ◯ โรคตับอ่อนอักเสบ | ◯ โรคไทรอยด์ |
| ◯ โรคข้ออักเสบ | ◯ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ | ◯ โรคเบาหวาน | ◯ โรคมะเร็ง |
| ◯ โรคต่อมน้ำเหลืองโต | ◯ โรคเอสแอลอี | ◯ เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ | ◯ โรคกามโรค (ภายใน2ปี) |
| ◯ โรคจิตเวช | ◯ โรคซึมเศร้า | ◯ โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ◯ โรคเก๊าท์ |
| ◯ พิการทางร่างกาย | ◯ โรคเลือด | ◯ โรคหนังแข็ง | ◯ แผลไหม้ |
| ◯ โรคคาวาซากิ (Kawasaki's disease) | | ◯ ไข้รูมาติค | ◯ โรคนิ่ว |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

15 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

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

**คำถามข้อ 16. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง**

16 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ◯ และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ◯ ปวดศีรษะไมเกรน | ◯ ภูมิแพ้ | ◯ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | ◯ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง |
| ◯ ไซนัสอักเสบ | ◯ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | ◯ กรดไหลย้อน | ◯ ถุงน้ำดีอักเสบ |
| ◯ ไส้เลื่อน | ◯ ริดสีดวงทวาร | ◯ ฝีคัณฑสูตร | ◯ กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม |
| ◯ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท | | ◯ ข้อเสื่อม | ◯ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง |
| ◯ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | ◯ ออทิสติก | ◯ สมาธิสั้น | |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

17 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) _____

_____

## ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง) หรือข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

18 ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) _____

(ภาษาอังกฤษ) _____

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ _____ อายุ ____ ปี เกิดวันที่ ____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

เอกสารที่ใช้แสดงตน ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว _____ วันหมดอายุ _____

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____

19 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____

ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____

เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์บ้าน _____

ข ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย) _____

ค สถานที่ทำงาน _____

อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____

ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

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 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูลการติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

โทรศัพท์มือถือ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

อีเมล _____

ช เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

☐ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

☐ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ : หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ

20 อาชีพประจำ _____

ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

รายได้ต่อปี _____ บาท

อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) _____

ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

รายได้ต่อปี _____ บาท

## ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) ที่ขอเอาประกันสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

21 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

22 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม

☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด _____

ปริมาณ _____ขวด/ครั้ง

ความถี่ _____ครั้ง/สัปดาห์

ดื่มมานาน _____ปี

○ เลิกดื่ม เมื่อ _____

23 ส่วนสูง _____ซ.ม. น้ำหนัก _____ก.ก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

☐ ไม่เปลี่ยน

☐ เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก ○ เพิ่มขึ้น _____ก.ก.

○ ลดลง _____ก.ก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

24 ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด _____

25 ภายในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจรักษา | ผลการตรวจ/รักษา | สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

26 **เฉพาะสตรี** ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ○ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

○ กำลังตั้งครรภ์ _____เดือน

○ โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร

○ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

| อาการ | วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ | อาการปัจจุบัน |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะและไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

1 การรับรองสถานะ

ก ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

**ผู้ขอเอาประกันภัย** ☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ ○ ถือสัญชาติอเมริกัน ○ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

○ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ ○ ถือสัญชาติอเมริกัน ○ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

○ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

**ผู้ขอเอาประกันภัย** ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ _____ วันบัตรหมดอายุ _____

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ _____ วันบัตรหมดอายุ _____

ค ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

**ผู้ขอเอาประกันภัย** ☐ ไม่มี ☐ มี

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่มี ☐ มี

ง ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

**ผู้ขอเอาประกันภัย** ☐ ไม่มี ☐ มี

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่มี ☐ มี

② คำรับรอง

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
3. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
5. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3. และ 4. ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

## ส่วนที่ 7 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

☐ ไม่มีความประสงค์

## ส่วนที่ 8 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
   (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)_____
(_____)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลงชื่อ)_____
(_____)
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)_____
(_____)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

## ส่วนที่ 9 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่_____วันที่_____เดือน_____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ)_____
(_____)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)_____
(_____)
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)_____
(_____)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL.
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

# หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร

2-07-05-0017

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย.....

◯ ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... และ/หรือ ◯ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.).....2.).....◯ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ

ข้าพเจ้า (เจ้าของบัตรเครดิต / เจ้าของบัญชีเงินฝาก).....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ __ - ____ - _____ - __ - __

โทรศัพท์ __ - ___ - ___ โทรศัพท์มือถือ ___ - ___ - ___ อีเมล _____

◯ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ◯ เป็นบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น

กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมระบุความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย

◯ กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น ยินยอมให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ดำเนินการดังนี้

## 1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

เลขที่บัตรเครดิต ____ - ____ - ____ - ____ บัตรหมดอายุ __ / __

ประเภทบัตรเครดิต ☐ VISA ☐ MASTER CARD ☐ JCB ☐ อื่นๆ.....

◯ **1.1 การชำระด้วยบัตรเครดิตเพียงครั้งเดียว (Mail Order)** จำนวนเงิน.....บาท

เพื่อแบบประกันภัย ◯ สามัญ ◯ Unit-Linked (UN) ◯ Universal Life (UL) ปีที่/งวดที่ __ / __

โดยชำระ ◯ เต็มจำนวน ◯ ผ่อนชำระ* ธนาคาร.....ในอัตราดอกเบี้ย.....% เป็นระยะเวลา.....เดือน

* การชำระเบี้ยประกันภัยแบบผ่อนชำระขึ้นอยู่กับธนาคารพาณิชย์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการขายกับบริษัทภายในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น

◯ **1.2 การหักผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ** (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต ตามรายละเอียดข้อ 1

## 2. สำหรับการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)

◯ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ดังนี้

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเงินฝากประเภท ◯ ออมทรัพย์ ◯ กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี _____

**หมายเหตุ**: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงเทพ) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อเซ็นรับรองการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ**

1. หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสละสิทธิที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว
2. หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท
3. การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้บอกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน
4. กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีกรณีอื่นใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี
5. การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
6. **ในกรณีที่เป็นผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตควบการลงทุน** หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันที่ครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี
7. ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระเข้ารวมเป็นยอดในบัญชีเครดิตได้ทันที
8. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ : กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทน
กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์

**สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)**

ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....สาขา.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท**

ลงชื่อ.....

## 3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า

บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

หมายเหตุ : สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น

◯ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2

◯ บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน
(โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก)

◯ บัญชีเงินฝาก ธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีเงินฝากประเภท ◯ เงินฝากออมทรัพย์ ◯ เงินฝากกระแสรายวัน

ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี _____

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร**

1. ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร
2. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่า ระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม
3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับธนาคาร

1. โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก / Bank Statement (ยกเว้นบัญชีเงินฝากประจำ) หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่าน
2. สำหรับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรุณาลงนามรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารมาเพื่อเป็นหลักฐาน และขอให้ท่านขีดทับข้อมูล "ศาสนา" จนไม่สามารถอ่านข้อความได้พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ดำเนินการขีดทับข้อมูล"ศาสนา" แทนท่านได้

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

# หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร

2-07-05-0017

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย.....

◯ ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... และ/หรือ ◯ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.).....2.).....◯ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ

ข้าพเจ้า (เจ้าของบัตรเครดิต / เจ้าของบัญชีเงินฝาก).....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ __ - ____ - _____ - __ - __

โทรศัพท์ __ - ___ - ____ โทรศัพท์มือถือ ___ - ___ - ____ อีเมล _____

◯ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ◯ เป็นบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น

กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมระบุความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย

◯ กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น ยินยอมให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ดำเนินการดังนี้

## 1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

เลขที่บัตรเครดิต ____ - ____ - ____ - ____ บัตรหมดอายุ __ / __

ประเภทบัตรเครดิต ☐ VISA ☐ MASTER CARD ☐ JCB ☐ อื่นๆ.....

◯ **1.1 การชำระด้วยบัตรเครดิตเพียงครั้งเดียว (Mail Order)** จำนวนเงิน.....บาท

เพื่อแบบประกันภัย ◯ สามัญ ◯ Unit-Linked (UN) ◯ Universal Life (UL) ปีที่/งวดที่ __ / __

โดยชำระ ◯ เต็มจำนวน ◯ ผ่อนชำระ* ธนาคาร.....ในอัตราดอกเบี้ย.....% เป็นระยะเวลา.....เดือน

* การชำระเบี้ยประกันภัยแบบผ่อนชำระขึ้นอยู่กับธนาคารพาณิชย์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการขายกับบริษัทภายในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น

◯ **1.2 การหักผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ** (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต ตามรายละเอียดข้อ 1

## 2. สำหรับการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)

◯ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ดังนี้

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเงินฝากประเภท ◯ ออมทรัพย์ ◯ กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี _____

**หมายเหตุ**: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงเทพ) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อเซ็นรับรองการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ**

1. หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสละสิทธิที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว
2. หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท
3. การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้บอกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน
4. กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีกรณีอื่นใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี
5. การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
6. **ในกรณีที่เป็นผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตควบการลงทุน** หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันที่ครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี
7. ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระเข้ารวมเป็นยอดในบัญชีเครดิตได้ทันที
8. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ : กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทน
กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์

**สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)**

ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....สาขา.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท**

ลงชื่อ.....

## 3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า

บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

หมายเหตุ : สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น

◯ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2

◯ บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน
(โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก)

◯ บัญชีเงินฝาก ธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีเงินฝากประเภท ◯ เงินฝากออมทรัพย์ ◯ เงินฝากกระแสรายวัน

ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี _____

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร**

1. ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร
2. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่า ระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม
3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับลูกค้า

1. โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก / Bank Statement (ยกเว้นบัญชีเงินฝากประจำ) หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่าน
2. สำหรับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรุณาลงนามรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารมาเพื่อเป็นหลักฐาน และขอให้ท่านขีดทับข้อมูล "ศาสนา" จนไม่สามารถอ่านข้อความได้พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ดำเนินการขีดทับข้อมูล"ศาสนา" แทนท่านได้

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL.
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

# หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร

2-07-05-0017

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย.....

◯ ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... และ/หรือ ◯ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.).....2.).....◯ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ

ข้าพเจ้า (เจ้าของบัตรเครดิต / เจ้าของบัญชีเงินฝาก).....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ __-____-_____-__-__

โทรศัพท์ __-____-____ โทรศัพท์มือถือ ___-___-____ อีเมล _____

◯ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ◯ เป็นบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น

กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมระบุความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย

◯ กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น ยินยอมให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ดำเนินการดังนี้

## 1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต

เลขที่บัตรเครดิต ____-____-____-____ บัตรหมดอายุ __ / __

ประเภทบัตรเครดิต ☐ VISA ☐ MASTER CARD ☐ JCB ☐ อื่นๆ.....

◯ **1.1 การชำระด้วยบัตรเครดิตเพียงครั้งเดียว (Mail Order)** จำนวนเงิน.....บาท

เพื่อแบบประกันภัย ◯ สามัญ ◯ Unit-Linked (UN) ◯ Universal Life (UL) ปีที่/งวดที่ __ / __

โดยชำระ ◯ เต็มจำนวน ◯ ผ่อนชำระ* ธนาคาร.....ในอัตราดอกเบี้ย.....% เป็นระยะเวลา.....เดือน

* การชำระเบี้ยประกันภัยแบบผ่อนชำระขึ้นอยู่กับธนาคารพาณิชย์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการขายกับบริษัทภายในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น

◯ **1.2 การหักผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ** (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต ตามรายละเอียดข้อ 1

## 2. สำหรับการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)

◯ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ดังนี้

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเงินฝากประเภท ◯ ออมทรัพย์ ◯ กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี _____

**หมายเหตุ**: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงเทพ) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อเซ็นรับรองการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ**

1. หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสละสิทธิ์ที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว
2. หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท
3. การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้บอกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน
4. กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีกรณีอื่นใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี
5. การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
6. **ในกรณีที่เป็นผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตควบการลงทุน** หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันที่ครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี
7. ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระเข้ารวมเป็นยอดในบัญชีเครดิตได้ทันที
8. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

หมายเหตุ : กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทน
กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์

**สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)**

ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....สาขา.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท**

ลงชื่อ.....

## 3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า

บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

หมายเหตุ : สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น

◯ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2

◯ บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน
(โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก)

◯ บัญชีเงินฝาก ธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีเงินฝากประเภท ◯ เงินฝากออมทรัพย์ ◯ เงินฝากกระแสรายวัน

ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี _____

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร**

1. ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร
2. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่า ระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม
3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบว่า เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับบริษัท

1. โปรดแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก / Bank Statement (ยกเว้นบัญชีเงินฝากประจำ) หรือสำเนาบัตรเครดิตของท่าน
2. สำหรับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรุณาลงนามรับรองสำเนาถูกต้องบนเอกสารมาเพื่อเป็นหลักฐาน และขอให้ท่านขีดทับข้อมูล “ศาสนา” จนไม่สามารถอ่านข้อความได้พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ดำเนินการขีดทับข้อมูล”ศาสนา” แทนท่านได้