**สรุปเอกสาร บ.เมืองไทยประกันชีวิต ตัดบัตรเครดิต (สำหรับอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป)**

- แบบประเมินลักษณะลูกค้ากลุ่มเปราะบางทั่วไป

- ชุดใบคำขอ 2-02-05-4385

- ชุดใบเสนอราคา + PDPA (อยู่ในชุดใบเสนอราคา)

- เอกสารสำเนาบัตรประชาชน ของผู้เอาประกัน

- เอกสารการชำระเบี้ย (ฟอร์มตัดบัตร)

- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้าน

  (กรณีผู้รับ ผลประโยชน์คนละนามสกุล)

*** กรณีชำระเบี้ยด้วยบัตรเครดิต ****

- แบบฟอร์มตัดบัตรพร้อมแนบสำเนาหน้าบัตรเครดิตเซ็นสำเนาถูกต้อง

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.....

สำหรับอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป

# 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 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 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

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 |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | _____ ปี |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย |
| สัญญาเพิ่มเติม | | | _____ ปี |
| 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

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ อายุ ____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์ _____

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 | ◯ โรคความดันโลหิตสูง | ◯ โรคหัวใจ | ◯ โรคหลอดเลือด |
| ◯ โรคปอดหรือปอดอักเสบ | ◯ โรคหอบหืด | ◯ โรควัณโรค | ◯ โรคแผลในทางเดินอาหาร |
| ◯ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | ◯ โรคพิษสุราเรื้อรัง | ◯ ดีซ่าน | ◯ ม้ามโต |
| ◯ โรคตับอ่อนอักเสบ | ◯ โรคไต | ◯ โรคข้ออักเสบ | ◯ โรคเก๊าท์ |
| ◯ โรคเบาหวาน | ◯ โรคไทรอยด์ | ◯ โรคต่อมน้ำเหลืองโต | ◯ โรคเอสแอลอี |
| ◯ เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ | ◯ โรคมะเร็ง | ◯ โรคจิตเวช | ◯ โรคซึมเศร้า |
| ◯ โรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ◯ โรคกามโรค (ภายใน2ปี) | ◯ พิการทางร่างกาย | ◯ โรคเลือด |
| ◯ โรคหนังแข็ง | ◯ 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 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

① การรับรองสถานะ

ก ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
- ○ ถือสัญชาติอเมริกัน
- ○ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ○ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
- ☐ ไม่เป็น
- ☐ เป็น
- ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่_____วันบัตรหมดอายุ_____

ค ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ง ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☐ 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 5 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

## ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

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)_____

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย

## ส่วนที่ 7 คำเตือน

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่_____วันที่_____เดือน_____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ)_____

(_____)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)_____

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย

# ใบสมัครสมาชิกเมืองไทยสไมล์คลับ

**Happiness Means Everything**

**เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจง**

1. เลขที่กรมธรรม์ | | | | | | | | | | |

2. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

3. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

4. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

◯ ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ตามที่ระบุในใบคำขอเอาประกันภัย

◯ ที่อยู่อื่น (โปรดระบุ) เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____

ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____

เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

5. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเพื่อแจ้งข่าวสารและกิจกรรม

โทรศัพท์มือถือ : _____ โทรศัพท์บ้าน : _____

โทรศัพท์ที่ทำงาน : _____ อีเมล : _____

6. สถานภาพ ◯ โสด ◯ สมรส ◯ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

7. จำนวนบุตร _____ คน

8. กิจกรรมยามว่างที่ชื่นชอบ (เลือกได้สูงสุด 3 ข้อ)

◯ ฟังเพลง/ชมคอนเสิร์ต ◯ ชมการแสดง/ละครเวที ◯ เล่นกีฬา/ฟิตเนส ◯ ท่องเที่ยวในประเทศ

◯ ท่องเที่ยวต่างประเทศ ◯ อ่านหนังสือ ◯ สังสรรค์นอกบ้าน ◯ ดูหนัง/ชมภาพยนตร์

◯ ช้อปปิ้ง ◯ เลี้ยงสัตว์ ◯ แรลลี่/ผจญภัย ◯ เล่นเกม/อินเตอร์เน็ต

◯ ดูดวง/ฮวงจุ้ย ◯ ตกแต่งบ้านและสวน ◯ ทำงานฝีมือ/ศิลปะ/ถ่ายภาพ ◯ ไหว้พระ/ทำบุญ

◯ สปา/ดูแลสุขภาพ ◯ แต่งหน้า/เสริมความงาม ◯ ทำอาหาร/ทำขนม ◯ เต้น/ลีลาศ

◯ ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ◯ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") อยู่ภายใต้บทบังคับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพ.ศ. 2562 ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ใช้ ประมวลผลและเปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครสมาชิกเมืองไทยสไมล์คลับจึงตกอยู่ภายใต้บทบังคับของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพ.ศ. 2562 ทั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนที่บริษัทฯ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือเกี่ยวกับสิทธิของท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ **นโยบายความเป็นส่วนตัว** ที่เว็บไซต์ muangthai.co.th/th/privacy-policy

ทั้งนี้บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการอ้างสิทธิตามสัญญาหรือตามกฎหมายในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ไว้กับบริษัทฯ หรือที่อยู่ในความครอบครองของบริษัทฯ รวมถึงข้อมูลที่จะให้เพิ่มเติมแก่บริษัทฯ ในอนาคต เพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครสมาชิก ตลอดจนมอบสิทธิประโยชน์ของเมืองไทยสไมล์คลับ และการให้บริการ MTL Click Application แก่ท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

การที่ท่านลงนามในใบสมัครนี้บริษัทฯ ถือว่าท่านได้รับทราบ และยอมรับข้อตกลง และเงื่อนไขในการสมัครสมาชิกเมืองไทยสไมล์คลับที่ออกโดยบริษัทฯ ทุกประการ โดยศึกษาข้อมูลที่เว็บไซต์ muangthai.co.th/th/smileclub/about-us/smileclub-cards

**การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล**

ข้อมูลของคุณเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง บริษัทจะดำเนินการอย่างดีที่สุดด้วยมาตรการที่เข้มงวดในการรักษาความลับและดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของคุณให้ปลอดภัย คุณสามารถเลือกให้หรือไม่ให้ความยินยอมโดยไม่มีผลต่อการพิจารณาการใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ

คุณสามารถดูรายละเอียดการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทในนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เว็บไซต์ muangthai.co.th/th/privacy-policy ทั้งนี้ คุณสามารถเปลี่ยนแปลงการให้ความยินยอมได้ โดยติดต่อเราที่ email: dpo-office@muangthai.co.th หรือ โทร.1766 หรือ สำนักงานสาขาทั่วประเทศ

◯ **ความยินยอมให้บริษัทพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น**

เพื่อให้คุณได้รับบริการที่ถูกใจมากยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ วิจัย ทำสถิติและพัฒนา ปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการจากบริษัท รวมถึงพันธมิตรทางธุรกิจ คุณยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของคุณ

◯ **ความยินยอมให้บริษัทนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการ**

เพื่อให้คุณไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรมที่บริษัทจัดขึ้น รวมถึงข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสม คุณยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของคุณ

◯ **ความยินยอมให้บริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิต และพันธมิตรทางธุรกิจนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ**

เพื่อให้คุณไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์ บริการพิเศษ หรือโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสมจากบริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิตและพันธมิตรทางธุรกิจ คุณยินยอมให้เราเปิดเผยข้อมูลของคุณให้แก่บริษัทดังกล่าว เพื่อการวิเคราะห์ ตลอดจนนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการ

คุณสามารถดูรายละเอียดบริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิต และรายชื่อพันธมิตรทางธุรกิจที่ได้รับข้อมูลของคุณได้จาก https://www.muangthai.co.th

ในกรณีเพิ่มเติมผู้รับข้อมูลในภายหลัง : บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลใหม่ไว้บนเว็บไซต์ของบริษัท และจะขอความยินยอมจากคุณก่อนการเปิดเผยข้อมูล หากผู้รับข้อมูลไม่ได้เป็นบริษัทที่อยู่ในเครือเมืองไทยประกันชีวิต

ข้าพเจ้ายอมรับว่าในการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับเมืองไทยสไมล์คลับตามช่องทางต่างๆ เช่น เว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชัน บริษัทฯ จะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ จากข้าพเจ้า และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผู้อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้าได้โดยปฏิบัติตามกฎหมาย ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อข้าพเจ้าจะแจ้งบริษัทฯ ที่โทร. 1766 เมืองไทยประกันชีวิต เพื่อให้บริษัทฯ สามารถติดต่อตามช่องทางการติดต่อที่ถูกต้องต่อไป

(ลงชื่อ)_____ผู้สมัคร

(_____)

(กรณีผู้สมัครสมาชิก อายุไม่เกิน 10 ปี
กรุณาให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้สมัครลงนามแทน)

---

**กรณีผู้สมัครสมาชิก อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี กรุณาให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติม**
ในการให้ความยินยอมนี้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของข้าพเจ้าเห็นชอบและให้ความยินยอมให้ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแล้ว

(ลงชื่อ)_____

(_____)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

_____ (วันที่สมัคร)

สแกนเพื่ออ่าน
"นโยบายความเป็นส่วนตัว"

เงื่อนไขในการให้บริการ
ของเมืองไทยสไมล์คลับ

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพ 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

# หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต
# สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยเพียงครั้งเดียว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เพื่อแบบประกันภัย ☐ สามัญ ☐ Unit - Linked(UN) ☐ Universal Life(UL)**

**ตามใบคำขอเอาประกันชีวิต/สัญญาประกันภัยเลขที่..... ปีที่/งวดที่ ☐☐/ ☐☐**

ข้าพเจ้า (ผู้ถือบัตรเครดิต) .....ยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยเป็นจำนวนเงิน.....บาท จำนวนเงินตัวอักษร (.....)

☐ เต็มจำนวน ☐ ผ่อนชำระผ่านบัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย ในอัตราดอกเบี้ย 0% เป็นระยะเวลา ..... เดือน

ประเภทบัตร ☐ VISA ☐ Master Card ☐ JCB ชื่อธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตร.....

เลขที่บัตร ☐☐☐☐ - XXXX - XXXX - ☐☐☐☐ บัตรหมดอายุ ☐☐/☐☐

ชื่อที่ระบุตามหน้าบัตรเครดิต.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้เอาประกันภัยโดย

☐ เป็นบุคคลเดียวกัน

☐ เป็นบุคคลอื่นชำระแทนให้แก่ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้เอาประกันภัยชื่อ – นามสกุล .....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้เอาประกันภัย คือ .....

**ผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้เอาประกันภัย กับผู้ถือบัตรเครดิตรับทราบและตกลงว่า**

- หากเกิดกรณีจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระสูงเกินกว่าอัตราที่บริษัทฯ เรียกเก็บ หรือมีกรณีที่บริษัทฯ จะต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ซึ่งตามเงื่อนไขของกรมธรรม์หรือตามกฎหมายกำหนดให้บริษัทฯ ต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยดังกล่าวให้กับผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย แล้วแต่กรณี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ คืนจำนวนเงินดังกล่าวเข้าวงเงินของบัตรเครดิตเลขที่ดังกล่าวข้างต้นผ่านธนาคารพาณิชย์ ในกรณีดังต่อไปนี้
    - กรณีขอยกเลิกรายการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยกับบริษัทฯ
    - กรณีขอยกเลิกการขอเอาประกันภัยและขอเงินค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัทฯ
    - กรณีขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์และขอเงินค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัทฯ
    - กรณีที่บริษัทฯ ปฏิเสธหรือเลื่อนการรับประกันภัยกับข้าพเจ้า
- การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
- ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วน และให้นำยอดคงค้างชำระเข้ารวมเป็นยอดในบัญชีบัตรเครดิตได้ทันที

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ถือบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม

(ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้ไว้ในบัตรเครดิต)

**กรุณาแนบสำเนาบัตรเครดิต และโปรดเรียกใบรับเงินชั่วคราวจากตัวแทนของบริษัทฯ**

**หมายเหตุ :**

การใช้บัตรเครดิตของบุคคลอื่นเพื่อชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทฯ จะรับชำระเฉพาะบัตรเครดิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ คู่สมรสหรือคู่ชีวิตกับผู้เอาประกันภัย **กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน** ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อ แจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมระบุความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย