สรุปเอกสารทั้งหมดของ T Life มีดังนี้

<u>สะสมทรัพย์</u> (Saving)

1. ใบคำขอ
   - ❖ ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ (GIO)
     - 10/1 (ทุนไม่เกิน 5 แสน), 10/2 (ไม่จำกัดทุน), 10/3 (ทุนไม่เกิน 5 แสน)
     - 2/1, 3/1 (อายุไม่เกิน 65 ปี / อายุ 66-75 ปี ทุนไม่เกิน 1 ล้าน)
2. แบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต
3. หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
4. หนังสือให้ความยินยอมประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
5. ใบเสนอขาย
6. สำเนาบัตรประชาชน
7. สำเนาหน้าบัญชี (กรณีต้องการรับผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ โดยการโอนเข้าบัญชี)
8. หลักฐานการชำระเบี้ย **(ก่อนโอนเงิน ต้องขอเลข Ref.1 ในการอ้างอิงด้วยทุกครั้ง!!)**
   - ❖ เงินสด => สลิป / Pay-in
   - ❖ ตัดบัตรเครดิต => สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาหน้าบัตรเครดิต

* การชำระเบี้ย => ผู้เอาประกัน หรือบุคคลใดก็ได้

**กรณีผู้รับผลประโยชน์คนละนามสกุลกับผู้เอาประกัน ต้องขอเอกสารแสดงความสัมพันธ์

Smart Saving

แบบประกัน	คุ้มครองชำระเบี้ย	อายุที่รับประกัน	การชำระเบี้ยประกัน	จำนวนเงินเอาประกันขั้นต่ำ
MBK Smart Saving	10/1	1เดือน 1วัน - 65ปี	เงินสด	100,000 บาท
		66 ปี - 70ปี		300,000 บาท
	10/2	1เดือน 1วัน - 65ปี	เงินสด	30,000-79,999 บาท
				80,000 บาท
		1เดือน 1 วัน -60 ปี	บัตรเครดิต (Visa/Master)	100,000 บาท
	10/3	1เดือน 1วัน - 60ปี	เงินสด	50,000-79,999 บาท
				80,000 บาท
		1เดือน 1 วัน -50 ปี	บัตรเครดิต (Visa/Master)	1,000,000 บาท

Fast Saving

ชนิดไม่ตรวจสุขภาพ	อายุ 1 เดือน 1 วัน – 65 ปี จำนวนเงินเอาประกันภัยไม่เกิน 5,000,000 บาทต่อราย อายุ 66 – 68 ปี จำนวนเงินเอาประกันภัยไม่เกิน 1,000,000 บาทต่อราย
ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างสั้น	อายุ 66 – 68 ปี จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,001 – 5,000,000 บาทต่อราย

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

วันที่รับ.....
ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
เลขที่ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ชื่อผู้แนะนำ.....
เลขประจำตัว.....
สังกัด.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ Ref. 1.....

แบบไม่ตรวจสุขภาพ ชนิดรับรองการออกกรมธรรม์ (Guaranteed Issued Policy)

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ส่วนสูง ☐☐☐ ซ.ม. น้ำหนัก ☐☐☐ ก.ก.
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ .....ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า สัญชาติ.....
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร .....หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร .....หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....

รายละเอียดการขอเอาประกันภัย ☐ มี ☐ ไม่มีเงินปันผล	ระยะเวลา (ปี)		จำนวนเงินเอาประกันภัย หรือผลประโยชน์
	คุ้มครอง	ชำระเบี้ย	
แบบประกันภัย.....	.....	.....	.....
สัญญาเพิ่มเติม.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

งวดการชำระเบี้ย ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน ☐ ชำระครั้งเดียว
จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่.....ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ อื่นๆ.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
1).....	.....	.....	.....	.....	.....
2).....	.....	.....	.....	.....	.....
3).....	.....	.....	.....	.....	.....

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก.ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	❑ ไม่มี	❑ มี โปรดระบุ ❑ ถือสัญชาติอเมริกัน ❑ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ❑ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ❑ ไม่เป็น ❑ เป็น ❑ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น 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 หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐใน ประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

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 หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer 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

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

เลขที่.....

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

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

ลงชื่อ……..……..

(……)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ……..……..……..

(……..……..……..…)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ……..……..……..

(……..……..……..…)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000481

หนังสือแสดงความจำนงชำระเบี้ยประกันชีวิต

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ดังนี้

งวดแรก ☐ ชำระเป็นเงินสด

☐ ชำระด้วยบัตรเครดิต (แนบแบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต ด้านล่างนี้)

นอกจากงวดแรก ☐ ชำระเป็นเงินสด ณ จุดชำระเงินที่บริษัทฯ กำหนด

☐ ชำระด้วยบัตรเครดิต (แนบแบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต ด้านล่างนี้)

☐ ชำระโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร (แนบแบบฟอร์มการชำระเบี้ยประกันภัยโดยหักบัญชีเงินฝากธนาคาร)

การรับประโยชน์ตามกรมธรรม์ ☐ เป็นเช็ค

☐ เข้าบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร)

ลงชื่อ _____

( )

แบบฟอร์มหนังสือการชำระเบี้ยประกันชีวิต ผ่านบัตรเครดิต

ผู้เอาประกัน ..... เลขที่ใบคำขอ/เลขที่กรมธรรม์ .....

แบบประกัน .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันชีวิตจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า

ชื่อ/นามสกุลเจ้าของบัตร .....

ความสัมพันธ์ของผู้ถือบัตรเครดิตและผู้ทำประกัน .....

(เฉพาะ สามี/ภรรยา และบุตรของผู้เอาประกันเท่านั้น)

ชำระโดยบัตรเครดิต

❑ บัตรเครดิต ของธนาคาร/สถาบันการเงิน .....

❑ Visa ❑ Master

หมายเลข ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ เดือน/ปี บัตรหมดอายุ ☐☐/☐☐

ชื่อตามบัญชีบัตร (ภาษาอังกฤษ) .....

จำนวนเงิน ..... บาท

รายละเอียดค่าเบี้ยประกันที่ใช้ชำระ (โปรดเลือก)

❑ สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตเฉพาะปีแรกงวดแรกเท่านั้น

❑ สำหรับเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตปีแรกงวดแรกและงวดต่อๆ ไป

ข้าพเจ้าเจ้าของบัตรเครดิตเลขที่ดังกล่าวข้างต้นขอให้ความยินยอมชำระเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิตและ ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัตรเครดิต วันหมดอายุ ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงขอให้หนังสือเรียกเก็บเบี้ยประกันชีวิตผ่านบัตรเครดิตฉบับนี้ยังคงสมบูรณ์ มีผลบังคับใช้ได้ต่อไป สำหรับบัตรเครดิตที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ด้วยทุกประการ

.....	.....
( )	( )
ลายมือชื่อผู้เอาประกัน	ลายมือชื่อเจ้าของบัตร (ตามลายมือชื่อบนหลังบัตร)
วันที่	วันที่ .....

เจ้าหน้าที่ธนาคาร ชื่อ/นามสกุล ..... สาขา / สำนัก .....โทร .....

หมายเหตุ : ท่านจะได้รับกรมธรรม์ประกันชีวิต หลังจากใบคำขอของท่านได้รับอนุมัติและได้มีการรับชำระเบี้ยผ่านบัตรเครดิตของท่านเรียบร้อยแล้ว หากไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตนี้ได้หรือ ถูกปฏิเสธการเรียกเก็บเงิน ถือว่าการขอเอาประกันนี้เป็นอัน ยกเลิก

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000481

หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร

(ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในที่นี้ คือ เงินปันผล, เงินโบนัส และเงินคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์เท่านั้น)

วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้า.....เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....
กรมธรรม์เลขที่.....ขอทำหนังสือให้ไว้กับ **บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เพื่อขอรับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ดังข้อความที่ระบุไว้ต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าขอให้บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ที่เกิดขึ้น เข้าบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์/กระแสรายวันธนาคาร.....สำนักงาน/สาขา.....
บัญชีเลขที่ □□□-□-□□□□□-□ ชื่อบัญชี.....ซึ่งเป็นบัญชีของข้าพเจ้า
*****(กรุณาระบุตัวเลขให้ชัดเจน)*****
2. ข้าพเจ้าได้แนบ **สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารรับรองสำเนาถูกต้องในการเป็นเจ้าของบัญชี** เพื่อเป็นหลักฐาน

3.ในกรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ในข้อที่ 1 ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้นเป็นเช็คของ บมจ. ธนาคารทหารไทยธนชาต ตามวิธีปกติ หลังจากบริษัทฯได้รับการแจ้งปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร

4. หากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารหรือเกี่ยวกับการใช้บัญชีธนาคารที่ระบุในวรรคข้างต้นข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทฯ เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงนามไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานให้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ.....
( ) ( )
ผู้เอาประกันภัย/เจ้าของบัญชี

***** เอกสารที่ใช้ประกอบการแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร*****

- หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคาร
- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าสมุดบัญชี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

หนังสือให้ความยินยอมประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่เสมอ บริษัททำการวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ เพื่อนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยเฉพาะ โดยบริษัทได้ระบุรายละเอียดและขอบเขตการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (https://www.tlife.co.th)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....
ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ให้แก่ พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท ตามรายชื่อที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (https://www.tlife.co.th) เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

❒ เพื่อวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ
❒ เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์/บริการ การเสนอข้อมูลทางการตลาด การติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ รายการส่งเสริมการขาย การโฆษณา และกิจกรรมการตลาด

ตามรายละเอียดที่ได้ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และให้ผู้รับข้อมูลดังกล่าว สามารถเก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นได้

ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนความยินยอมนี้เมื่อใดก็ได้ โดยสามารถดูรายละเอียดช่องทางการถอนความยินยอมได้ที่นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ทั้งนี้ การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเนื้อหาของหนังสือยินยอมนี้อย่างละเอียดแล้ว และยืนยันว่า ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ _____ผู้ให้ความยินยอม
วันที่ _____
( )

<u>หมายเหตุ</u> : เพื่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ❒ ทั้ง 2 ช่อง