

กรอกใบคำขอฯ ยังไงจึงไม่ติด
Pending

ใบคำขอฯ รหัส 2-02-05-4385

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

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
อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

CLIENT NO. _____

ชื่อตัวแทน/นายหน้า บ.ศรีกรุงประกันชีวิต

ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน/นายหน้า 700626

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด แบบที่ 1

ส่วนที่
1

คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

① ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) นายเมืองไทย รักไทย
(ภาษาอังกฤษ) MR.MUANGTHAI RAKTHAI

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ ไทย อายุ 42 ปี เกิดวันที่ 23 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2523

เอกสารที่ใช้แสดงตน ☒ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ 111 111 111 111 1 วันหมดอายุ 22 มิ.ย. 2572

☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____

☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

สถานภาพ ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

② ที่อยู่และที่ทำงาน

ก) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 310/59 หมู่บ้าน/อาคาร มบ.พลีโน สุขสวัสดิ์ หมู่ที่ -
ตรอก/ซอย ประชาอุทิศ 76 ถนน ประชาอุทิศ 76 แขวง/ตำบล ทุ่งครุ
เขต/อำเภอ ทุ่งครุ จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10140 โทรศัพท์บ้าน -

ข) ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

ค) สถานที่ทำงาน เจ็ดมีอาหารตามสั่ง (เปิดร้านที่บ้าน)

อาคาร มบ.พลีโน สุขสวัสดิ์ เลขที่ 310/59 หมู่ที่ -
ตรอก/ซอย ประชาอุทิศ 76 ถนน ประชาอุทิศ 76
แขวง/ตำบล ทุ่งครุ เขต/อำเภอ ทุ่งครุ
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10140
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 081 285 0261
อีเมล muangthai_r@muangthai.co.th

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 บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

3

อาชีพประจำ ค้าขาย (อาหารตามสั่ง)
ตำแหน่ง เจ้าของร้าน ลักษณะงานที่ทำ ทำอาหารขายเอง
ลักษณะธุรกิจ ขายอาหารตามสั่ง
รายได้ต่อปี 360,000 บาท

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



2-02-05-4385
หน้า 1/6
โปรดพลิก
18.01.2566

4

แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรตระกูล <u>สมาร์ท โพรเทกชั่น 99/20</u>	<u>200,000</u>	<u>6,440</u>	แบบประกันภัยหลัก
สัญญาเพิ่มเติม <u>สุขภาพเหมาจ่าย เอ็กซ์ตรา แผน 3 (100:0 DO R4,000 L500,000)</u>		<u>17,200</u>	ระยะเวลาเอาประกันภัย <u>99</u> ปี
สัญญาเพิ่มเติม <u>สุขภาพวงเงินแน่นอน วันละ 1,000 บาท</u>		<u>1,800</u>	ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย <u>20</u> ปี
สัญญาเพิ่มเติม <u>แคร์พลัส โรคมะเร็งและไตวายเรื้อรัง แผน 5,000,000</u>		<u>5,743</u>	ชนิด ☐ มีเงินปันผล ☒ / ไม่มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
		รวมเบี้ยประกันภัย <u>31,183</u>	

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

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

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

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ 31,183 บาท

ชำระเป็น ☒ เงินสด ☐ บัตรเครดิต ☐ แคนเชียร์เช็ค/ดราฟ ☐ 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 _____

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
นางลักยิ้ม รักไทย	41	ภรรยา		ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกัน	100%

6 ท่านมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี ☒ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
MTL	1,000,000	จำไม่ได้	-	-	มีผล

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนเงินคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต้ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

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

10) ท่านสูบหรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?
☒ ไม่สูบ/ไม่เคยสูบ
☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุ ปริมาณ _____ มวน/วัน
สูบนาน _____ ปี
☐ เลิกสูบ เมื่อ _____

9) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?
☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม
☒ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด **เบียร์**
ปริมาณ **1** ขวด/ครั้ง
ความถี่ **2** ครั้ง/สัปดาห์
ดื่มมานาน **5** ปี
☐ เลิกดื่ม เมื่อ _____

11) ส่วนสูง **172** ซม. น้ำหนัก **78** ก.ก.
ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?
☒ ไม่เปลี่ยน
☐ เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก ☐ 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 หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) หรือไม่
☐ ไม่เป็น
☒ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น **โรคความดันโลหิตสูง**

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

13 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

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

☐ การมองเห็นผิดปกติ	☐ ปวดท้องเรื้อรัง	อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา ☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ ไข้เรื้อรัง ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง	เฉพาะสตรี ☐ กำลังตั้งครรภ์ ____ เดือน ☐ โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง	☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด		
☐ มีพัฒนาการช้า	☐ ท้องมาน		
☐ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	☐ ท้องเสียเรื้อรัง		
☐ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ		
☐ ไอเรื้อรัง	☐ ปวดข้อเรื้อรัง		
☐ ไอเป็นเลือด	☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง		
☐ เหนื่อยง่ายผิดปกติ	☐ จ้ำเลือด		
☐ เจ็บหรือแน่นหน้าอก	☐ คลำพบก้อนเนื้อ		
☐ ใจสั่น			

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

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	☐ โรคผิวหนัง		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือ การรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อ สังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
โรคความดันโลหิตสูง	มิ.ย. 2565	รักษาโดยทานยาลดความดัน	รพ.บางปะกอก1
		วันละ 1 เม็ด	

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

- 15) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ 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 (หากรระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)
ตรวจสุขภาพประจำปี	ก.พ. 2568	ผลปกติ	รพ.บางปะกอก1

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

คำถามข้อ 16. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

16 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

☒ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ปวดศีรษะไมเกรน	☐ ภูมิแพ้	☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง
☐ ไช้สออักเสบ	☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ กรดไหลย้อน	☐ ถุงน้ำดีอักเสบ
☐ ใส่เลนส์	☐ ริดสีดวงทวาร	☐ ฝีคัณฑสูตร	☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม
☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท	☐ ข้อเสื่อม	☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	
☐ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	☐ ออทิสติก	☐ สมาธิสั้น	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือ การรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อ สังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

17 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) _____ - _____

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1 การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับ ☒ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
ประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
☐ ถือสัญชาติอเมริกัน
☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
☒ ไม่เป็น
☐ เป็น
☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ _____ วันบัตรหมดอายุ _____
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☒ ไม่มี ☐ มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศ ☒ ไม่มี ☐ มี
สหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

2 คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3. และ 4. ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

ส่วนที่
5

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงคฺจะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ที่กรมสรรพากรกำหนด 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. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า 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

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

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) เมืองไทย รักไทย
(นายเมืองไทย รักไทย)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ตัวอย่าง การกรอกใบคำขอฯ

ส่วนที่
7

คำเตือน

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ ที่บ้านของผู้เอาประกัน วันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ) Maslin P.
(นางสาวมัสลิน ที่มรัตน์บวร)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) เมืองไทย รักไทย
(นายเมืองไทย รักไทย)
ผู้ขอเอาประกันภัย

วิธีการแก้ไข Pending

การแก้ไข Pending

กรณีขอเอกสารเพิ่มเติม

1. ขอสำเนาบัตรประชาชนผู้ชำระเบี้ย (กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
2. รูปถ่ายหน้าตรงผู้ชำระเบี้ย (กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์)

1



2



นำไฟล์ภาพ 1 และ 2 เข้าระบบ Bizbox

หมายเหตุ :

- กรณีอัปโหลดไฟล์ภาพที่ 1 และ 2 แล้วโปรดแจ้งข้อมูลมาที่ afcenterteam@muangthai.co.th
- นำส่งเอกสารสำเนาบัตรประชาชน พร้อมลูกค้านาม (ลายเซ็นต์สด) มาที่ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ภายใน 10 วันปฏิทินหลังจากที่อัปโหลดขึ้นระบบ Bizbox

ส่งเอกสารเพิ่มเติม

mtl  ฝ่ายลงทุน
เลขที่สำนักงานเลขที่: 700073

ยินดีต้อนรับสู่เครื่องมือการขายประกันชีวิตและสุขภาพ
 รายการลูกค้าประกันชีวิต + สร้างใบเสนอขาย

คำที่ต้องการค้นหา: สถานะ: วันที่บันทึก: ค้นหา ลบข้อมูล

ลบรายการ รายการที่ค้นหาทั้งหมด 1549 รายการ 1 / 155

☐	Action	วันที่บันทึก ล่าสุด	วันที่ Submit ใบ คำขอ	ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอ เอาประกัน	สัญญาประกันชีวิต	จำนวนเงินเอาประกัน เดิม	เบี้ยประกันเดิม	เบี้ยประกัน กับสัญญา เพิ่มเติม	รวมเบี้ยประกัน เดิม	เลขที่ใบคำขอ	เลขที่ใบเสนอขาย	วันที่ส่ง ข้อมูล	สถานะ
☐	DF29 จัดการ เอกสาร  ดูใบเสนอขาย	16/12/2021	16/12/2021	นาง น้อย	เมืองไทย เมืองไทย 18/3	1,000,000.00	258,000.00	402,894.00	660,894.00	64354810029	21120163531	16/12/2021	ส่งใบคำขอแล้ว
☐	จัดการ เอกสาร	31/01/2022	-	-	เมืองไทย สมบัติ ไรภรณ์ 99/29	1,111,000,000.00	38,675,918.00	264,527.01	18,940,437.01	-	TEMP_2201010004497	-	งานใบเสนอขาย
☐	จัดการ เอกสาร  ดูใบเสนอขาย	03/02/2022	-	นาง น้อย	เมืองไทย สมบัติ ไรภรณ์ 99/29	37,500,040.00	1,554,376.44	215,403.00	1,769,779.44	-	TEMP_2202010004493	-	รอการใบเสนอขาย

ตัวแทน/นายหน้าตรวจสอบรายการได้ที่

1. Column สถานะ = "ส่งใบคำขอแล้ว"

คือรายการถูกส่งเข้า MTL เรียบร้อยแล้ว

2. คลิกปุ่ม

จัดการ
เอกสาร

คลิกเพื่อส่งเอกสารได้

ส่งเอกสารเพิ่มเติม



โทร 02-000-0000
เว็บไซต์: 2533374300
MOL powered by MTL, LTD.

รายการเอกสาร

ใบสมัครเลขที่ 68176900997

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ขอเอาประกันภัย)
คุณ DRYGUN MTL

แบบประกันสุขภาพ
ชีวิตไม่ จำกัด ปีที่ 5/5

เอกสารที่ต้องมี

แบบเอกสารเพิ่มเติม

ใบชี้แจงใบเบิก

1. สิ่งส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (APP) กรณียื่นผ่าน ATM / Mobile Application / MTL Click

+ (+) - (-)

2. เอกสารอื่นๆ (ไฟล์ / แบบฟอร์มเอกสาร 20 รายการ : 1 Bulat)

• เอกสารสุขภาพในเอกสารก่อนยื่นใบ

- เอกสารเลือด (FBS, ALKALINE, SCOTIAST), HDLC, ANTHRY, HBEAG, HBAG, CCT, AFP, CBC, CHOLESTEROL, SCPTALU, CREATININE
- เอกสารอื่นๆ ตามเงื่อนไขที่กำหนด

+ (+) - (-)

• แบบฟอร์มสุขภาพของกรมการแพทย์ (MD) หน้า 1-2 สำหรับผู้สูงอายุ และหน้า 4 สำหรับผู้เยาว์

- ตารางสุขภาพโดยแพทย์ 1 หน้า

+ (+) - (-)

• เอกสารทางการเงิน/ธนาคาร

- Bank Statement จำนวน 5 เดือน

+ (+) - (-)

- เอกสารบัญชีรายจ่ายเงินครัว 3 ปี (กรณียื่นใบขอสินเชื่อ)

+ (+) - (-)

- สำเนาบัญชีธนาคารฉบับปัจจุบัน (กรณียื่นใบขอสินเชื่อ)

+ (+) - (-)

• ประวัติการตรวจสุขภาพ และให้ทันก่อนยื่นใบสมัคร

+ (+) - (-)

• สำเนาเอกสารการยื่น (LAQ)

+ (+) - (-)

• เอกสารเพิ่มเติม

+ (+) - (-)

คลิกแนบไฟล์เอกสาร

1/1 หน้า

• Tab แนบเอกสารเพิ่มเติม

- ตัวแทน/นายหน้า ถ่ายภาพ ID,
ภาพถ่ายสียืนยันตัวตน ส่งเข้าบริษัท
ได้เท่านั้น

หมายเหตุ

เมื่อทำการถ่ายภาพเรียบร้อยแล้ว ผู้ขายต้อง
คลิกปุ่ม

บันทึกและส่งเข้าระบบ

เพื่อนำส่งเอกสารเข้าบริษัท

การแก้ไข Pending

กรณีขอเอกสารเพิ่มเติม

1. ขอให้ท่านจัดทำใบคำขอเอาประกันชีวิต และใบเสนอขายฉบับใหม่ พร้อมให้ผู้เอาประกันภัยลงนาม
2. ขอเอกสารการให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม
ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวพร้อมให้ผู้เอาประกันภัยลงนาม
3. แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (CRS Self-Certification Form) พร้อมให้ผู้เอาประกันภัยลงนาม
4. ขอแถลงลักษณะอาชีพเพิ่มเติมของผู้แทนโดยชอบธรรม

เอกสารที่ใช้มีดังนี้

- ใช้เอกสารใบคำขอฯ (ผู้เยาว์) 2-03-05-3386 แถลงลักษณะอาชีพของผู้แทนโดยชอบธรรมได้ในเอกสารนี้
- ใบเสนอขาย (SI)
- ข้อควรทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของนายหน้าในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA & E-KYC)
- แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น (CRS)

*ผู้เอาประกันและผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามทุกเอกสารให้ครบถ้วน

การลงนามเอกสาร(ผู้เยาว์)

- กรณีผู้เยาว์อายุ < 10 ปี : ผู้ปกครองลงนามชื่อผู้เยาว์และชื่อผู้ปกครองยินยอม
- กรณีผู้เยาว์อายุ 10 ปี – 20 ปี : ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเองและผู้ปกครองลงนามยินยอม (ไม่บริบูรณ์)
- กรณีผู้เยาว์อายุ 20 ปีบริบูรณ์ : ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเอง

หมายเหตุ : สามารถ Scan ไฟล์เอกสารนำส่งมาที่อีเมล afcenterteam@muangthai.co.th ก่อนและ นำส่งเอกสารแก้ไขระหว่างพิจารณาประกัน (ฉบับจริง) มาที่ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ภายใน 10 วันปฏิทินหลังจากนำส่งทางอีเมล

การแก้ไข Pending

กรณีขอเอกสารเพิ่มเติม

1. คำแถลงยืนยันที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

ใช้เอกสารแก้ไขระหว่างพิจารณาประกัน

เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย	
4. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ถูกเอาประกันภัย	แก้ไขเป็น
☐ ชื่อ-นามสกุล/ตำแหน่ง	
☐ วัน เดือน ปี เกิด	
☐ ที่อยู่/หมายเลขโทรศัพท์	
(โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาเป็นบ้าน หรือเอกสารเปลี่ยนแปลงของทางราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแล้วแต่กรณี)	
5. อื่นๆ	ยืนยันที่อยู่จัดส่งเอกสารเป็นที่อยู่ปัจจุบัน 404 ซ.ประชาอุทิศ 22 ถนนประชาอุทิศ แขวงราษฎร์บูรณะ เขตราษฎร์บูรณะ จ.กรุงเทพฯ 10140

เมืองไทยประกันชีวิต	
หนังสือขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลระหว่างพิจารณาประกัน	
ข้าพเจ้า	ผู้ขอเอาประกันภัยตามใบคำขอพิจารณาประกัน
มีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข ข้อมูลรายละเอียดการขอเอาประกันภัย และขอให้พิจารณา การดำเนินการให้เป็นไปตามหนังสือขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลระหว่างพิจารณาประกันฉบับนี้ ดังนี้	
เปลี่ยนแปลงรายละเอียดการขอเอาประกันภัย	
1. เปลี่ยนแปลงรายละเอียด	เปลี่ยนระยะเวลาประกันเป็น.....จำนวนเงินประกันเป็น..... ☐ ระยะเวลาประกันเป็น.....จำนวนเงินประกันเป็น..... ☐ วิธีการชำระเบี้ยประกันเป็น..... ☐ ชดเชยเบี้ยประกันเป็น..... ☐ ยกเลิกสัญญาประกันเป็น.....
2. เปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม	แบบสัญญาเพิ่มเติม.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....จำนวนเบี้ยประกันเป็น..... ☐ ชดเชยเบี้ยประกันเป็น..... ☐ ยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม.....
หมายเหตุ: กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้มีประกันชีวิตอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย จะต้องทำใบคำขอเอาประกันภัยฉบับใหม่	
3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์	ชื่อ - นามสกุล.....ความพึงพอใจ..... ☐ เพิ่มผู้รับประโยชน์..... ☐ ยกเลิกผู้รับประโยชน์..... ☐ แก้ไขชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์.....ชื่อ - นามสกุลเดิม.....แก้ไขเป็น.....ความพึงพอใจ.....
(โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาเป็นบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง แล้วแนบเอกสารเพิ่มเติมระหว่างพิจารณาประกันฉบับใหม่)	
เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย	
4. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ถูกเอาประกันภัย	แก้ไขเป็น
☐ ชื่อ-นามสกุล/ตำแหน่ง	
☐ วัน เดือน ปี เกิด	
☐ ที่อยู่/หมายเลขโทรศัพท์	
(โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาเป็นบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแล้วแต่กรณี)	
5. อื่นๆ	



หมายเหตุ : สามารถ Scan ไฟล์เอกสารนำส่งมาที่อีเมล afcenterteam@muangthai.co.th ก่อนและ นำส่งเอกสารแก้ไขระหว่างพิจารณาประกัน (ฉบับจริง) มาที่ บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ภายใน 10 วันปฏิทินหลังจากนำส่งทางอีเมล

การแก้ไข Pending

กรณีขอเอกสารเพิ่มเติม

1. ขอเอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้รับประกันภัย ลำดับที่ 2 ระบุ ยาย ได้แก่
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัยและสำเนาทะเบียนบ้านของ ผู้รับประกันภัย

ใช้เอกสารเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ดังนี้

- สำเนาสูติบัตรและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของมารดา
- สำเนาทะเบียนสมรส หรือ หนังสือแสดงการเปลี่ยนชื่อสกุล ของผู้เอาประกัน หรือ มารดา(ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชน คุณยาย

บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ แต่คนละนามสกุล ต้อง
แสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น

- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาหนังสือแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
- สำเนาใบสำคัญการสมรส
- สำเนาสูติบัตร
- สำเนาบัตรประชาชน

พร้อมลงนามเอกสาร

หมายเหตุ : สามารถ Scan ไฟล์เอกสารนำส่งมาที่อีเมล afcenterteam@muangthai.co.th ก่อนและ นำส่งเอกสาร (ฉบับจริง) มาที่
บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต ภายใน 10 วันปฏิทินหลังจากนำส่งทางอีเมล