

## สรุปเอกสาร บ.เมืองไทยประกันชีวิต ตัดบัตรเครดิต (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี)

- แบบประเมินลักษณะกลุ่มลูกค้าเปราะบาง
- ชุดใบคำขอ 3386
- ใบเสนอราคา / ข้อควรทราบ / CRS ผู้เอาประกันภัย / CRS ผู้ชำระเบี้ย
- เอกสาร กรณีผู้เอาประกัน (อายุน้อยกว่า 7 ปี) (สัญชาติไทย)  
    สำเนาสูติบัตร , สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกัน  
    สำเนาบัตรประชาชน ของบิดา/มารดา,ผู้แทนโดยชอบธรรม
- กรณีผู้เอาประกันภัย (อายุมากกว่า 7 ปี) (สัญชาติไทย)  
    สำเนาบัตรประชาชน ของบิดา/มารดา,ผู้แทนโดยชอบธรรม
- หลักฐานการชำระเบี้ย
- เอกสารแสดงความสัมพันธ์ สำเนาบัตรประชาชน + สำเนาทะเบียนบ้าน  
( กรณีผู้รับผลประโยชน์คนละนามสกุล )

### \*\* กรณีชำระเบี้ยด้วย ( Special Pay In ) \*\*

- สร้างใบนำฝากเงิน ( Special Pay In ) + ใบสลิปการชำระเบี้ย
- แนบเอกสารการชำระเบี้ยมาพร้อมใบคำขอทุกครั้ง

### \*\* กรณีชำระเบี้ยด้วยบัตรเครดิต \*\*

- สาขาสามารถสร้างลิงค์ตัดบัตรเครดิต ใน Bizbox และนำส่งให้ลูกค้าชำระ

### การลงนามเอกสารผู้เยาว์

กรณีผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 10 ปี ผู้ปกครองต้องลงนามชื่อผู้เยาว์และลงนามชื่อผู้ปกครองด้วย

กรณีผู้เยาว์อายุ 10 ปี – 20 ปี ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเองและผู้ปกครองลงนามยินยอม

กรณีผู้เยาว์อายุ 20 ปี บริบูรณ์ ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเอง



ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย\*.....เลขที่ใบคำขอเอาประกันชีวิต.....  
(\*กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ระบุชื่อและประเมินจากผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกรมธรรม์)

แบบฟอร์มการประเมินลักษณะลูกค้าเพื่อให้บริการเป็นพิเศษ  
สำหรับตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาลักษณะลูกค้าที่ต้องให้บริการเป็นพิเศษ

หลักเกณฑ์	ลักษณะลูกค้า	ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> 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 มีความรู้ทางด้านการเงิน และการลงทุนอย่างจำกัด	พิจารณาจากวุฒิการศึกษา**		
3 ไม่มีประสบการณ์การลงทุน	ไม่เคยลงทุนใน ตราสารหนี้ ตราสารทุน หรือ สินทรัพย์การลงทุนอื่นๆ มาก่อน (ยกเว้น เงินฝาก)		
4 ไม่มีประสบการณ์ในการใช้ กรมธรรม์ประกันภัย	ไม่เคยซื้อหรือเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ของทุกแบบประกันชีวิตมาก่อน		
5 มีข้อจำกัดในการสื่อสาร หรือการตัดสินใจด้วยตนเอง	มีข้อจำกัดในการได้ยินหรือการมองเห็น หรือ มีความไม่แน่ใจจึงต้องให้มีผู้ช่วยพิจารณา ร่วมกันในการตัดสินใจ		
6 ไม่เข้าหลักเกณฑ์ข้อ(1) - (5)	ลูกค้าทั่วไป		

\*\* มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

ในกรณีที่ลูกค้าเป็นบุคคลที่เข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ให้บริการแก่ลูกค้าด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษแล้วโดยได้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจลูกค้าเพื่อเสนอขายผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับลูกค้า และได้อธิบายให้ลูกค้าเข้าใจในรายละเอียด เงื่อนไข ข้อยกเว้นความเสี่ยงและค่าเตือนของผลิตภัณฑ์ที่ข้าพเจ้าเสนอขายอย่างเพียงพอ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ดีที่สุดของลูกค้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ตอบในแบบฟอร์มการประเมินลักษณะลูกค้าเพื่อให้บริการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อความจริงทุกประการและข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามระเบียบและนโยบายของบริษัทฯ หรือธนาคารกำหนดอย่างเคร่งครัด ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่ตอบตามข้อความจริงจะถือเป็นการฝ่าฝืนกฎระเบียบและนโยบายของบริษัทฯ หรือธนาคาร

(ลงชื่อ).....

(.....) (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ตัวแทน/นายหน้า

วันที่.....





4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรดระบุ _____			แบบประกันภัยหลัก ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี ชนิด <input type="checkbox"/> มีเงินปันผล <input type="checkbox"/> 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/ดราฟ  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	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต้ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่?

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุ ชนิด \_\_\_\_\_  
 ปริมาณ \_\_\_\_\_  
 ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์  
 เสพมานาน \_\_\_\_\_ ปี  
 เลิกเสพ เมื่อ \_\_\_\_\_

9) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?

ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม

ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด \_\_\_\_\_  
 ปริมาณ \_\_\_\_\_ ขวด/ครั้ง  
 ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์  
 ดื่มมานาน \_\_\_\_\_ ปี  
 เลิกดื่ม เมื่อ \_\_\_\_\_

10) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุ ปริมาณ \_\_\_\_\_ มวน/วัน  
 สูบมานาน \_\_\_\_\_ ปี  
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ \_\_\_\_\_

11) ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก.  
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

ไม่เปลี่ยนแปลง

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 \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

13) ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

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

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ท้องมาน <input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง <input type="checkbox"/> จำเลือด <input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ	<b>อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา</b> <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<b>เฉพาะสตรี</b> <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
---	---	---	---

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

14 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

ไม่เคย  เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> โรคหลอดเลือดในสมอง   | <input type="radio"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต | <input type="radio"/> โรคพาร์กินสัน                   | <input type="radio"/> โรคชัก                 |
| <input type="radio"/> โรคความจำเสื่อม  | <input type="radio"/> การบาดเจ็บที่ศีรษะ    | <input type="radio"/> โรคสมองพิการ (Cerebral palsy)   | <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง     |
| <input type="radio"/> โรคไขสันหลังอักเสบ, โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อในสมอง |   |   | <input type="radio"/> โรคหอบหืด              |
| <input type="radio"/> โรคหัวใจ   | <input type="radio"/> โรคหลอดเลือด          | <input type="radio"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ             | <input type="radio"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง     |
| <input type="radio"/> โรควัณโรค  | <input type="radio"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร  | <input type="radio"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี          | <input type="radio"/> โรคไต                  |
| <input type="radio"/> ดีซ่าน   | <input type="radio"/> ม้ามโต                | <input type="radio"/> โรคตับอ่อนอักเสบ                | <input type="radio"/> โรคไทรอยด์             |
| <input type="radio"/> โรคข้ออักเสบ   | <input type="radio"/> โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ | <input type="radio"/> โรคเบาหวาน                      | <input type="radio"/> โรคมะเร็ง              |
| <input type="radio"/> โรคต่อมหน้าเหลืองโต  | <input type="radio"/> โรคเอสแอลอี           | <input type="radio"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ        | <input type="radio"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) |
| <input type="radio"/> โรคจิตเวช  | <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า           | <input type="radio"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="radio"/> โรคเก๊าท์              |
| <input type="radio"/> พิการทางร่างกาย  | <input type="radio"/> โรคเลือด              | <input type="radio"/> โรคหนังแข็ง                     | <input type="radio"/> แผลไหม้                |
| <input type="radio"/> โรคคาวาซากิ (Kawasaki's disease)                                 |   | <input type="radio"/> ใช้รุมาทิค                      | <input type="radio"/> โรคนิ้ว                |

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)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> ปวดศีรษะไมเกรน                        | <input type="radio"/> ภูมิแพ้              | <input type="radio"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | <input type="radio"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง       |
| <input type="radio"/> ไชน์ส็อกเสบ                           | <input type="radio"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="radio"/> กรดไหลย้อน           | <input type="radio"/> ถุงน้ำดีอักเสบ                 |
| <input type="radio"/> ไล่เลื่อน                             | <input type="radio"/> ริดสีดวงทวาร         | <input type="radio"/> ผิคล้ำทสูตร          | <input type="radio"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม |
| <input type="radio"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท |  | <input type="radio"/> ข้อเสื่อม            | <input type="radio"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง         |
| <input type="radio"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่           | <input type="radio"/> ออทิสติก             | <input type="radio"/> 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 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูล

การติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

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 : หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ

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 หรือการขอลงคืน สู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

- 22 ทำนดัดหรือเคยดัดเครื่องดัดที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?
- ไม่ดัด/ไม่เคยดัด
- ดัด/เคยดัด โปรดระบุ ชนิด \_\_\_\_\_ ปริมาณ \_\_\_\_\_ ขวด/ครั้ง ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ ดัดมานาน \_\_\_\_\_ ปี
- เล็กดัด เมื่อ \_\_\_\_\_

- 23 ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?
- ไม่เปลี่ยน
- เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก  เพิ่มขึ้น \_\_\_\_\_ กก.  ลดลง \_\_\_\_\_ กก.
- 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 หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อการรักษาใดๆ 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

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัยผู้แทนโดยชอบธรรม/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. ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
3. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า 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

ข้อความยืนยันยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ 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 จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่ามีบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่ามีบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน 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/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
  - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(ลงชื่อ)  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย  
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ)  \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/  
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**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 \_\_\_\_\_ โทรทัศน์มีจอสี \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  เป็นบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์เป็น \_\_\_\_\_ ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น

กรณีนี้เจ้าของบัตรเครดิตเป็นผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใส่สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย

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

<p><b>1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต</b></p> <p>เลขที่บัตรเครดิต _____ บัตรหมดอายุ ____ / ____</p> <p>ประเภทบัตรเครดิต <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____</p> <p><input type="radio"/> <b>1.1 การชำระด้วยบัตรเครดิตเพียงครั้งเดียว (Mail Order) จำนวนเงิน _____ บาท</b> เพื่อแบบประกันภัย <input type="radio"/> สามัญ <input type="radio"/> Unit-Linked (UN) <input type="radio"/> Universal Life (UL) ปีที่/งวดที่ ____ / ____ โดยชำระ <input type="radio"/> เต็มจำนวน <input type="radio"/> ผ่อนชำระ* ธนาकार _____ ในอัตราดอกเบี้ย _____ % เป็นระยะเวลา _____ เดือน <small>* การชำระเบี้ยประกันภัยแบบผ่อนชำระขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ประกันภัยที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการขายกับบริษัทภายในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น</small></p> <p><input type="radio"/> <b>1.2 การหักผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)</b> โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต ตามรายละเอียดข้อ 1</p> <p><b>2. สำหรับการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)</b></p> <p><input type="radio"/> ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ดังนี้</p> <p>ชื่อธนาคาร _____ สาขา _____ บัญชีเงินฝากประเภท <input type="radio"/> ออมทรัพย์ <input type="radio"/> กระแสรายวัน</p> <p>ชื่อบัญชี _____ เลขที่บัญชี _____</p> <p><small>หมายเหตุ: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงไทย) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขึ้นรายการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท</small></p> <p><b>ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว</li> <li>หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท</li> <li>การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้ออกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะแจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน</li> <li>กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีการผิดนัดใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี</li> <li>การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกฎหมายเท่านั้น</li> <li><b>ในกรณีที่เป็นการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร</b> หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันทีครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี</li> <li>ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่ใบผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระชำระรวมเป็นยอดในบัญชีเครดิตได้ทันที</li> <li>ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ</li> </ol> <p>ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____</p> <p>เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก _____ ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย</p> <p>หมายเหตุ: กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทน กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์</p>	<p><b>3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร</b></p> <p>ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า</p> <p>บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)</p> <p>หมายเหตุ: สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น</p> <p><input type="radio"/> บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2</p> <p><input type="radio"/> บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน (โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก)</p> <p><input type="radio"/> บัญชีเงินฝาก ธนาकार _____ สาขา _____</p> <p>บัญชีเงินฝากประเภท <input type="radio"/> เงินฝากออมทรัพย์ <input type="radio"/> เงินฝากกระแสรายวัน</p> <p>ชื่อบัญชี _____ เลขที่บัญชี _____</p> <p>โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ</p> <p><b>ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร</li> <li>หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่า ระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม</li> <li>กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว</li> <li>ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม</li> </ol> <p>ลงชื่อ _____</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย</p>
<p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)</b></p> <p>ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ _____ ตำแหน่ง _____ สาขา _____</p>	<p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท</b></p> <p>ลงชื่อ _____</p>

**หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร**



2-07-05-0017

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย.....  
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... และ/หรือ  เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.)..... 2.).....  ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ  
 ข้าพเจ้า (เจ้าของบัตรเครดิต / เจ้าของบัญชีเงินฝาก)..... อายุ..... ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....  
 โทรศัพท์..... โทรศัพทมือถือ..... อีเมล.....  
 เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  เป็นบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์เป็น..... ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น  
 กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย  
 กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น 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\* ธนาकार..... 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 (ยกเว้นธนาकारกรุงไทย) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อเซ็นรับรองการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ**  
 1. หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งธนาकार / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาकार / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว  
 2. หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาकार / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท  
 3. การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาकार / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้บอกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาकार / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน  
 4. กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีการผิดนัดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี  
 5. การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยที่ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น  
 6. ในกรณีที่**เป็นผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตความคุ้มครอง** หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันทีครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาकार / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดท้ายของธนาकार / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี  
 7. ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาकारจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระชำระรวมเป็นยอดในบัญชีเครดิตได้ทันที  
 8. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
 เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก..... ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาकार (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)..... สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท.....  
 ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา..... ลงชื่อ.....

**3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร**  
 ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า  
 บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
 หมายเหตุ: สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น

บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2  
 บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน (โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก)  
 บัญชีเงินฝาก ธนาकार..... สาขา.....  
 บัญชีเงินฝากประเภท  เงินฝากออมทรัพย์  เงินฝากกระแสรายวัน  
 ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาकारที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ

**ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร**  
 1. ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากธนาकार  
 2. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่าจะระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม  
 3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว  
 4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย

**หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร**



2-07-05-0017

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย.....  
เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
 ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... และ/หรือ  เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.)..... 2.).....  ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ  
ข้าพเจ้า (เจ้าของบัตรเครดิต / เจ้าของบัญชีเงินฝาก)..... อายุ..... ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....  
โทรศัพท์..... โทรศัพทมือถือ..... อีเมล.....

เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย  เป็นบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์เป็น..... ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น  
กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแสดงความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย  
 กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ต้องเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น ยินยอมให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ดำเนินการดังนี้

<p><b>1. สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต</b> เลขที่บัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ..... / .....</p> <p>ประเภทบัตรเครดิต <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p><input type="radio"/> <b>1.1 การชำระด้วยบัตรเครดิตเพียงครั้งเดียว (Mail Order) จำนวนเงิน..... บาท</b> เพื่อแบบประกันภัย <input type="radio"/> สามัญ <input type="radio"/> Unit-Linked (UN) <input type="radio"/> Universal Life (UL) ปีที่/งวดที่..... / .....</p> <p>โดยชำระ <input type="radio"/> เต็มจำนวน <input type="radio"/> ผ่อนชำระ* ธนาकार..... ในอัตราดอกเบี้ย.....% เป็นระยะเวลา..... เดือน <small>* การชำระเบี้ยประกันภัยแบบผ่อนชำระขึ้นอยู่กับธนาคารพาณิชย์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการขายกับบริษัทฯ ในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น</small></p> <p><input type="radio"/> <b>1.2 การหักผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน)</b> โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต ตามรายละเอียดข้อ 1</p> <p><b>2. สำหรับการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น)</b> <input type="radio"/> ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ดังนี้ ชื่อธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเงินฝากประเภท <input type="radio"/> ออมทรัพย์ <input type="radio"/> กระแสรายวัน ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....</p> <p><small>หมายเหตุ: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงไทย) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขึ้นรายการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท</small></p> <p><b>ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ</b> 1. หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว 2. หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท 3. การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้ออกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้ออกแจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน 4. กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีการผิดนัดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัย โดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี 5. การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น 6. ในกรณีที่เป็นการหักผ่านบัญชีเงินฝากหรือหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันจันทร์ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดทายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี 7. ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่ใบผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระเข้าร่วมเป็นยอดในบัญชีเครดิตได้ทันที 8. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ</p> <p>ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก..... ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย</p> <p>หมายเหตุ: กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทน กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์</p>	<p><b>3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร</b> ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า..... บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) หมายเหตุ: สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น</p> <p><input type="radio"/> บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2 <input type="radio"/> บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน (โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก) <input type="radio"/> บัญชีเงินฝาก ธนาकार..... สาขา..... บัญชีเงินฝากประเภท <input type="radio"/> เงินฝากออมทรัพย์ <input type="radio"/> เงินฝากกระแสรายวัน ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....</p> <p>โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ</p> <p><b>ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร</b> 1. ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินตรียอมรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร 2. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่าจะระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม 3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว 4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย</p>
<p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)</b> ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา.....</p> <p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท</b> ลงชื่อ.....</p>	



แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)  
CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English.)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Insurance Premium Payer (title, name-surname)	เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย Application Form No. / Policy No.
--	---

สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)  
Place of Birth (city and country)

**ส่วนที่ 1**  
**Part 1** การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)  
CRS Self-Certification Form (Please specify in English.)

1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี\* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่  
Do you have tax residence\* in countries other than Thailand or the U.S.?  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No

\*"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ  
\*"Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษี และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง  
You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below.

หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้  
If your answer is "No", please end Section 1 here.

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C.	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).

**เหตุผล (เอ)** – ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยอยู่ในประเทศนั้น  
**Reason (A)** – The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

**เหตุผล (บี)** – ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)  
**Reason (B)** – You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)

**เหตุผล (ซี)** – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)  
**Reason (C)** – Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน  
You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัทฯ" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Muang Thai Life Assurance Public Company Limited ("Company") shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน  
You agree to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.
4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วน สมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอหย่อนเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน  
By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบาย  
ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ  
(Privacy Policy)

Scan to read the Company's  
Privacy Policy

ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
Insurance Premium Payer

วันที่  
Date