

สรุปเอกสาร บ.เมืองไทยประกันชีวิต รายเดือน (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี)

- แบบประเมินลักษณะกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย
- ชุดใบคำขอ 3386
- ใบเสนอราคา / ข้อควรทราบ / CRS ผู้เอาประกันภัย / CRS ผู้ชำระเบี้ย
- เอกสาร กรณีผู้เอาประกัน (อายุน้อยกว่า 7 ปี) (สัญญาไทย)
 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 **

- สาขาสามารถสร้างลิงค์บัตรเครดิต ใน Bizbox และนำส่งให้ลูกค้าชำระ

การลงนามเอกสารผู้เยาว์

กรณีผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 10 ปี ผู้ปกครองต้องลงนามชื่อผู้เยาว์และลงนามชื่อผู้ปกครองด้วย

กรณีผู้เยาว์อายุ 10 ปี – 20 ปี ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเองและผู้ปกครองลงนามยินยอม

กรณีผู้เยาว์อายุ 20 ปี บริบูรณ์ ผู้เยาว์ลงนามด้วยตนเอง



ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย*.....เลขที่ใบคำขอเอาประกันชีวิต.....
(*กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ระบุชื่อและประเมินจากผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมาย)

แบบฟอร์มการประเมินลักษณะลูกค้าเพื่อให้บริการเป็นพิเศษ
สำหรับตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาลักษณะลูกค้าที่ต้องให้บริการเป็นพิเศษ

หลักเกณฑ์	ลักษณะลูกค้า	ทำเครื่องหมาย ☒ ข้อที่ "ใช่"	
		สำหรับกรมธรรม์ รายสามัญ/ Universal Life	สำหรับกรมธรรม์ Unit-Linked
1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	คำนวณจากปี พ.ศ.ปัจจุบัน ลบด้วยปี พ.ศ.เกิด ณ วันที่เสนอขายหรือให้บริการ		
2 มีความรู้ทางการเงิน 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.....



2-03-05-2421

01.03.2564



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

CLIENT NO. _____

ชื่อตัวแทน/นายหน้า _____

ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน/นายหน้า _____

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด สำหรับผู้เยาว์ แบบที่ 1

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) _____
(ภาษาอังกฤษ) _____

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

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

เอกสารที่ใช้แสดงตน ☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 วันหมดอายุ _____

☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____

☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____

ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____

เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์บ้าน _____

ข) ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย) _____

ค) สถานที่ทำงาน _____

อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____

ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

ง) ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____

หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____

จ) สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร

☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

☐ สถานที่ทำงาน

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

ฉ) ข้อมูลการติดต่อ

โทรศัพท์มือถือ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อีเมล _____

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการติดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วนที่ 4 เท่านั้น)

3 อาชีพประจำ _____

ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

รายได้ต่อปี _____ บาท

อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) _____

ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

รายได้ต่อปี _____ บาท



2-03-05-3386

หน้า 1/8
โปรดพลิก
23.07.2565

4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรตระกูล			แบบประกันภัยหลัก ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี ชนิด ☐ มีเงินปันผล ☐ ไม่มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
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 ☐ แกดเจ็สต์เช็ค/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 (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ 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 หรือการขอลงคืนเงินค่าประกันภัย หรือการขอลงคืนเงินค่าประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ 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

สูบบุหรี่มานาน _____ ปี

☐ เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ _____

11) ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

☐ ไม่เปลี่ยน

☐ เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก.

☐ ลดลง _____ กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอื้อประกันภัย

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

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น _____

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอื้อประกันภัย

13) ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

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

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

14 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	☐ โรคพาร์กินสัน	☐ โรคชัก
☐ โรคความจำเสื่อม	☐ การบาดเจ็บที่ศีรษะ	☐ โรคสมองพิการ (Cerebral palsy)	☐ โรคความดันโลหิตสูง
☐ โรคไขสันหลังอักเสบ, โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อในสมอง			☐ โรคหอบหืด
☐ โรคหัวใจ	☐ โรคหลอดเลือด	☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง
☐ โรควัณโรค	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคไต
☐ ดีซ่าน	☐ ม้ามโต	☐ โรคตับอ่อนอักเสบ	☐ โรคไทรอยด์
☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์	☐ โรคเบาหวาน	☐ โรคมะเร็ง
☐ โรคต่อมไทรอยด์	☐ โรคเอสแอลอี	☐ เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	☐ โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
☐ โรคจิตเวช	☐ โรคซึมเศร้า	☐ โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐ โรคเก๊าท์
☐ พิกการทางร่างกาย	☐ โรคเลือด	☐ โรคหนังแข็ง	☐ แผลไหม้
☐ โรคคาวาซากิ (Kawasaki's disease)		☐ ใช้รุมาทิค	☐ โรคหัวใจ

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

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

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

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

คำถามข้อ 16. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

16 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ปวดศีรษะไมเกรน	☐ ภูมิแพ้	☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง
☐ ไชน์ส็อกเสบ	☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ กรดไหลย้อน	☐ ถุงน้ำดีอักเสบ
☐ ไล่เลื่อน	☐ ริดสีดวงทวาร	☐ ผิคล้ำทนต์	☐ 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)

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 (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสาร
บางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

- ☐ แบบกระดาษ ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ : หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง
นอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ

20 อาชีพประจำ _____
ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
ลักษณะธุรกิจ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท

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

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) ที่ขอเอาประกันสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

21 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืน
สู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด _____

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

- 22 ทำนต็มหรือเคยต็มครื่องต็มท่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม?
- ☐ ไม่ต็ม/ไมเคยต็ม
- ☐ ต็ม/เคยต็ม โปรตระบุ ชนิด _____
- ปริมาณ _____ ขวด/คร้ง
- ความถี่ _____ คร้ง/สัปดาห์
- ต็มมานาน _____ ปี
- ☐ เล็กต็ม เมื่อ _____

- 23 ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ ก.ก.
- ในรอบ 6 เดือนท่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม?
- ☐ ไม่เปลี่ยน
- ☐ เปลี่ยน โปรตระบุ น้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น _____ ก.ก.
- ☐ ลดลง _____ ก.ก.
- สาเหตุท่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

- 24 ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มัวว้วะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไมป่วยเป็นโรคเอตส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไมเป็นโรคร้ายแรงใดๆ
- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรตระบุ รายละเอียด _____

- 25 ภายในระยะเวลา 3 ปีท่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจ เพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาดใดๆ หรือไม?
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรตระบุ รายละเอียด _____

โรค	วัน/เดือน/ปี ท่ได้รับการตรวจรักษา	ผลการตรวจ/รักษา	สถานพยาบาลท่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- 26 เฉพาะสตรี ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม?
- ☐ ไม่เคย/ไม่มี
- ☐ เคย/มี หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทาเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน
- ☐ โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
- ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ท่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

ส่วนที่ 6

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะและไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

- 1 การรับรองสถานะ

- ก ท่านมีสัญชาติ ประเทศท่เกิด ท่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม
- ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ไม่มี ☐ มี โปรตระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข้อมูลของบุคคลท่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่มี ☐ มี โปรตระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

- ข ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม
- ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรตระบุเลขท่ _____ วันบัตรหมดอายุ _____

ข้อมูลของบุคคลท่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรตระบุเลขท่ _____ วันบัตรหมดอายุ _____

- ค ท่านมีหน้าท่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม
- ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ไม่มี ☐ มี

ข้อมูลของบุคคลท่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่มี ☐ มี

- ง ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินท่ผ่านมา)

ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ไม่มี ☐ มี

ข้อมูลของบุคคลท่ระบุในข้อ 18 ☐ ไม่มี ☐ มี

2 คำรับรอง

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

ส่วนที่ 7

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 8

ข้อความยืนยันยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- 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
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท) รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- 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)



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลข. เลื่อนประกันชีวิต
250 ถนนสีลมชั้น 15 ถนนสีลม แขวง สีลม เขต ดุสิต กรุงเทพมหานคร 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
โทรศัพท์: 0 1075530000 ต่อ 406
☎ +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 ☎ +66 (0) 2276 1997-8
✉ muangthai.co.th

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..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

☐ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ☐ เป็นบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เป็น..... ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น
กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตเป็นผู้ขอเอาประกันภัย 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 * การชำระเบี้ยประกันภัยแบบผ่อนชำระขึ้นอยู่กับธนาคารพาณิชย์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการขายกับบริษัทฯ ในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น ☐ 1.2 การหักผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน) โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต ตามรายละเอียดข้อ 1 2. สำหรับการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น) ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ดังนี้ ชื่อธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... หมายเหตุ: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงไทย) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขึ้นรับรองการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ 1. หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว 2. หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอ เอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท 3. การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัท ผู้ออกบัตร จะได้ออกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน 4. กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีการผิดนัดใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัย โดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี 5. การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไข ของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น 6. ในกรณีที่เป็นการผิดนัดชำระหนี้ชีวิตตามกรมธรรม์ หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันใดครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ย ประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการ สุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจาก วันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี 7. ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระชำระเข้ารวมเป็นยอด ในบัญชีบัตรเครดิตได้ทันที 8. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... เจ้าของบัตรเครดิต/ผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก..... ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / หมายเหตุ : กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทน..... ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์..... <table><tr><td>สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)</td><td>สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท</td></tr><tr><td>ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา.....</td><td>ลงชื่อ.....</td></tr></table>	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)	สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท	ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา.....	ลงชื่อ.....	3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัย ข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) หมายเหตุ : สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น ☐ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2 ☐ บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน (โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก) ☐ บัญชีเงินฝาก ธนาकार..... สาขา..... บัญชีเงินฝากประเภท ☐ เงินฝากออมทรัพย์ ☐ เงินฝากกระแสรายวัน ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้น เปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ ในการตรวจสอบ ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร 1. ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้า ยินดีรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัท ได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร 2. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัท เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่าจะระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม 3. กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วย วิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว 4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคาร ของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม ลงชื่อ.....
สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น)	สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท				
ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา.....	ลงชื่อ.....				



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลข. เลื่อนประกันชีวิต
250 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
โทรศัพท์: 0107553000406
โทร. +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8
e-mail: muangthai.co.th

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 ☐ เป็นบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เป็น..... ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น
กรณีที่เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้ขอเอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมระบุความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย
☐ 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 (ยกเว้นธนาคารกรุงเทพ) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขึ้นรับรองการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ - หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว - หนังสือฉบับนี้ ให้มีผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท - การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้บอกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน - กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีการผิดนัดใดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้เอาประกันภัยโดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี - การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยที่ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น ในกรณีที่เป็นการผิดนัดผู้ประกันชีวิตและการลงทุน หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันใดครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้เอาประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี - ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระเข้าร่วมเป็นยอดในบัญชีบัตรเครดิตที่ใหม่ - 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 <table><tr><td>สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น) ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา.....</td><td>สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท ลงชื่อ.....</td></tr></table>	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น) ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา.....	สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท 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..... โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร - ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินตรรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร - หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่าจะระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม - กรณีผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว เมื่อผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้เอาประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าว - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม ลงชื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย
สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น) ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... สาขา.....	สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท ลงชื่อ.....		



**หนังสือยินยอมชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต / หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก
และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร**



เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... 2-07-05-0017

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย.....
☐ ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่..... และ/หรือ ☐ เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1.)..... 2.)..... ☐ ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่มีผลบังคับ
ข้าพเจ้า (เจ้าของบัตรเครดิต / เจ้าของบัญชีเงินฝาก).....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ - - - - - - - - - -
โทรศัพท์ - - - - - - - - - - โทรศัพท์มือถือ - - - - - - - - - - อีเมล.....
☐ เป็นผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ☐ เป็นบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยข้างต้น
กรณีนี้เจ้าของบัตรเครดิตกับผู้อำประกันภัย ใช้นามสกุลแตกต่างกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์โดยใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนลงลายมือชื่อแจ้งความประสงค์การใช้บัตรเครดิตพร้อมระบุความสัมพันธ์เพื่อเป็นหลักฐานประกอบด้วย
☐ กรณีผู้อำประกันภัย / 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* ธนาาคาร.....ในอัตราดอกเบี้ย.....% เป็นระยะเวลา.....เดือน * การชำระเบี้ยประกันภัยแบบผ่อนชำระขึ้นอยู่กับการพิจารณาของฝ่ายสินเชื่อของบริษัทฯในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น ☐ 1.2 การหักผ่านบัญชีบัตรเครดิตอัตโนมัติ (เฉพาะบางช่องทางการจำหน่าย และบางแบบประกัน) โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต ตามรายละเอียดข้อ 1 2. สำหรับการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ (สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุเท่านั้น) ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ดำเนินการหักค่าเบี้ยประกันภัยจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า ดังนี้ ชื่อธนาาคาร.....สาขา.....บัญชีเงินฝากประเภท ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี..... หมายเหตุ: กรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ (ยกเว้นธนาคารกรุงไทย) โปรดนำหนังสือฉบับนี้ส่งให้ธนาคารเจ้าของบัญชีเพื่อขึ้นรายการตรวจสอบลายมือชื่อก่อนนำส่งบริษัท ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตและการหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารอัตโนมัติ 1. หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่บริษัทแจ้งแก่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรนั้นไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรงและขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรรับผิดชอบในความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว 2. หนังสือฉบับนี้ ให้ผลใช้บังคับกับการเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝาก หรือหมายเลขบัตรเครดิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับการชำระค่าเบี้ยประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัย / กรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น ตามจำนวนเงิน และ วัน เดือน ปี ที่ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรได้รับแจ้งจากบริษัท 3. การยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตข้างต้น ให้มีผลบังคับใช้ทันที นับแต่วันทำหนังสือนี้เป็นต้นไป และให้คงมีผลบังคับใช้ต่อไปจนกว่าธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร จะได้ออกเลิกการใช้บัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต หรือข้าพเจ้าจะได้แจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตรและบริษัททราบล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน 4. กรณีเบี้ยประกันภัยที่ชำระน้อยกว่าจำนวนที่บริษัทหักจากบัญชีเงินฝาก หรือชำระผ่านบัตรเครดิต หรือมีการผิดนัดที่บริษัทต้องคืนเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัทคืนเงินดังกล่าว ดังนี้ (1) กรณีหักจากบัญชีเงินฝากตกลงให้คืนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้อำประกันภัยหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้กับผู้อำประกันภัยโดยตรง (2) กรณีชำระผ่านบัตรเครดิตตกลงให้คืนเข้าบัญชีบัตรเครดิตที่เรียกเก็บ แล้วแต่กรณี 5. การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้อำประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยนี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ใดตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ทั้งสิ้น สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้อำประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น 6. ในกรณีที่เป็นผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตแบบการลงทุน หากไม่สามารถหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุในวันใดครบ กำหนดชำระได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการหักเงินจากบัญชีเงินฝากหรือชำระผ่านบัตรเครดิตเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย ในอีก 15 วัน และ 30 วัน ต่อไปตามลำดับนับแต่วันครบกำหนดชำระค่าเบี้ยประกันภัย (ในกรณีวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิตตรงกับวันหยุดทำการของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร บริษัทจะดำเนินการหักเงิน หรือเรียกชำระในวันทำการสุดท้ายของธนาคาร / บริษัทผู้ออกบัตร ก่อนวันครบกำหนดวันที่หักบัญชีเงินฝากหรือวันที่ชำระผ่านบัตรเครดิต) และผู้อำประกันภัยยอมรับมูลค่าการลงทุน ณ วัน เดือน ปี ที่ถัดจากวันที่เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยงวดต่ออายุ ได้จากบัญชีเงินฝากหรือบัตรเครดิต แล้วแต่กรณี 7. ในกรณีมีการยกเลิกการใช้บัตรเครดิต เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดคงค้างที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วนและนำยอดคงค้างชำระเข้าร่วมเป็นยอดในบัญชีเครดิตได้ทันที 8. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแทน / ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย ได้รับทราบและยอมรับเงื่อนไขการชำระเงินตามแบบฟอร์มนี้ทุกประการ ลงชื่อ.....ลงชื่อ..... เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม / เจ้าของบัญชีเงินฝาก.....ผู้อำประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย..... หมายเหตุ : กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทน กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี) ให้ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์ <table><tr><td>สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น) ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....สาขา.....</td><td>สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท ลงชื่อ.....</td></tr></table>	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น) ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....สาขา.....	สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท ลงชื่อ.....	3. สำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ ผ่านบัญชีธนาคาร ข้าพเจ้าขอให้บริษัท นำเงินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์จากกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้นของข้าพเจ้าโอนเข้า บัญชีที่ขอรับเงินผลประโยชน์ ต้องเป็นบัญชีของผู้อำประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้อำประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) หมายเหตุ : สามารถเลือกโอนเข้าบัญชีเงินฝาก หรือโอนเข้าบัญชีที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ได้เพียงวิธีการเดียวเท่านั้น ☐ บัญชีเงินฝากเลขที่เดียวกันกับที่ระบุในข้อ 2 ☐ บัญชีเงินฝากที่ผูกกับระบบพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน (โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชนให้ครบถ้วนพร้อมแนบหลักฐาน และไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก) ☐ บัญชีเงินฝาก ธนาาคาร.....สาขา..... บัญชีเงินฝากประเภท ☐ เงินฝากออมทรัพย์ ☐ เงินฝากกระแสรายวัน ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารที่ข้าพเจ้าใช้แจ้งความจำนงขอรับบริการข้างต้นเปิดเผยหรือให้ข้อมูลเลขที่บัญชีและชื่อบัญชีของข้าพเจ้ากับบริษัท เพื่อผลประโยชน์ในการตรวจสอบ ข้อกำหนดและเงื่อนไขสำหรับการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่นๆ โอนเข้าบัญชีธนาคาร 1. ในกรณีที่บริษัท ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ข้างต้นได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินได้รับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมหลังจากบริษัทได้รับแจ้งการปฏิเสธการนำเงินเข้าบัญชีจากทางธนาคาร 2. หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกี่ยวกับบัญชีธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าจะดำเนินการแจ้งแก่บริษัทเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน และรับทราบว่าจะระหว่างบริษัทดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอาจมีเงินตามกรมธรรม์จ่ายออกไปด้วยวิธีการเดิม 3. กรณีผู้อำประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว เมื่อผู้อำประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้วแต่ยังไม่มีการแจ้งบัญชีธนาคารให้เป็นชื่อของผู้อำประกันภัยบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสมให้แก่ผู้อำประกันภัยดังกล่าว 4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงการนำเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ กรณียกเลิกบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์เป็นเช็คหรือด้วยวิธีการอื่นที่เห็นว่าเหมาะสม ลงชื่อ..... ผู้อำประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายที่ทำสัญญาและชำระเบี้ยประกันภัย
สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของธนาคาร (เฉพาะกรณีหักค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัญชีเงินฝากอัตโนมัติเท่านั้น) ตรวจสอบลายมือชื่อถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ตำแหน่ง.....สาขา.....	สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท ลงชื่อ.....		



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 หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ
*"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).)

ส่วนที่ 2
Part 2

การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ
Confirmation and Change of Status

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) "บริษัท" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท 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. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัท 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 บริษัท มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท 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 หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สามารถจะขอหย่อนเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัท มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท 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 และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท 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
ความเป็นส่วนตัวของบริษัท
(Privacy Policy)

Scan to read the Company's
Privacy Policy

ลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
Insurance Premium Payer

วันที่
Date