

4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรดระบุ _____			แบบประกันภัยหลัก
สัญญาเพิ่มเติม _____			ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี
สัญญาเพิ่มเติม _____			ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี
สัญญาเพิ่มเติม _____			ชนิด
สัญญาเพิ่มเติม _____			<input type="checkbox"/> มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม _____			<input type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล
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 แคชเชียร์เช็ค/ดราฟ อื่นๆ โปรดระบุ _____

เช็ค ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่เช็ค _____ เช็คลงวันที่ _____

เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

ธนาคาร _____ สาขา _____

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง

ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์ _____

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 หรือการขอลงคืนเงินคืนส่วนเกิน หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

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

- 9) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?
- ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม
- ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี
- เลิกดื่ม เมื่อ _____

- 10) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?
- ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่
- สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุ ปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี
- เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ _____

- 11) ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?
- ไม่เปลี่ยน
- เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น _____ ก.ก. ลดลง _____ ก.ก.
- สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

- 12) บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมะเร็ง 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)

		อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา	เฉพาะสตรี
<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ		
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง		
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> จำเลือด		
<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ		
<input type="checkbox"/> ใจสั่น			
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"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="radio"/> โรคหัวใจ | <input type="radio"/> โรคหลอดเลือด |
| <input type="radio"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ | <input type="radio"/> โรคหอบหืด | <input type="radio"/> โรควัณโรค | <input type="radio"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร |
| <input type="radio"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="radio"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="radio"/> ดีซ่าน | <input type="radio"/> ม้ามโต |
| <input type="radio"/> โรคตับอ่อนอักเสบ | <input type="radio"/> โรคไต | <input type="radio"/> โรคข้ออักเสบ | <input type="radio"/> โรคเก๊าท์ |
| <input type="radio"/> โรคเบาหวาน | <input type="radio"/> โรคไทรอยด์ | <input type="radio"/> โรคต่อมเหงื่อ | <input type="radio"/> โรคเอสแอลอี |
| <input type="radio"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ | <input type="radio"/> โรคมะเร็ง | <input type="radio"/> โรคจิตเวช | <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า |
| <input type="radio"/> โรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="radio"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) | <input type="radio"/> พิการทางร่างกาย | <input type="radio"/> โรคเลือด |
| <input type="radio"/> โรคหนังแข็ง | <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"/> ไชน์สอักเสบ | <input type="radio"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="radio"/> กรดไหลย้อน | <input type="radio"/> ถุงน้ำดีอักเสบ |
| <input type="radio"/> ไส้เลื่อน | <input type="radio"/> ริดสีดวงทวาร | <input type="radio"/> ฝีคัณฑสูตร | <input type="radio"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม |
| <input type="radio"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท | <input type="radio"/> ข้อเสื่อม | <input type="radio"/> ข้อเสื่อม | <input type="radio"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="radio"/> เยื่อหูโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | <input type="radio"/> ออกัสติก | <input type="radio"/> สมาร์ธสัน | |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 4

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1 การรับรองสถานะ

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

2 คำรับรอง

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

ส่วนที่ 5

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 6

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า 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

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) 

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่
7

คำเตือน

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) _____

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) 

ผู้ขอเอาประกันภัย

ใบสมัครสมาชิกเมืองไทยสไมล์คลับ

Happiness Means Everything



เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่านกรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจง

- เลขที่กรมธรรม์
- ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
 - ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ตามที่ระบุในใบคำขอเอาประกันภัย
 - ที่อยู่อื่น (โปรดระบุ) เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____
ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____
เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเพื่อแจ้งข่าวสารและกิจกรรม
โทรศัพท์มือถือ : _____ โทรศัพท์บ้าน : _____
โทรศัพท์ที่ทำงาน : _____ อีเมล : _____
- สถานภาพ โสด สมรส อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
- จำนวนบุตร _____ คน
- กิจกรรมยามว่างที่ชื่นชอบ (เลือกได้สูงสุด 3 ข้อ)
 - ฟังเพลง/ชมคอนเสิร์ต ชมการแสดง/ละครเวที เล่นกีฬา/ฟิตเนส ท่องเที่ยวในประเทศ
 - ท่องเที่ยวต่างประเทศ อ่านหนังสือ สังสรรค์นอกบ้าน ดูหนัง/ชมภาพยนตร์
 - ช้อปปิ้ง เลี้ยงสัตว์ แรลลี่/ผจญภัย เล่นเกม/อินเทอร์เน็ต
 - ดูดวง/ฮวงจุ้ย ตกแต่งบ้านและสวน ทำงานฝีมือ/ศิลปะ/ถ่ายภาพ ไหว้พระ/ทำบุญ
 - สปา/ดูแลสุขภาพ แต่งหน้า/เสริมความงาม ทำอาหาร/ทำขนม เดิน/ลีลาศ
 - ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

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

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

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

การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลของคุณเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง บริษัทจะดำเนินการอย่างดีที่สุดด้วยมาตรการที่เข้มงวดในการรักษาความลับและดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของคุณให้ปลอดภัย คุณสามารถเลือกให้หรือไม่ให้ความยินยอมโดยไม่มีผลต่อการพิจารณาการใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ

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

○ ความยินยอมให้บริษัทพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น

เพื่อให้คุณได้รับบริการที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ วิจัย ทำสถิติและพัฒนา ปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการจากบริษัท รวมถึงพันธมิตรทางธุรกิจ คุณยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของคุณ

○ ความยินยอมให้บริษัทนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการ

เพื่อให้คุณไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรมที่บริษัทจัดขึ้น รวมถึงข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสม คุณยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของคุณ

○ ความยินยอมให้บริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิต และพันธมิตรทางธุรกิจนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้คุณไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์ บริการพิเศษ หรือโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสมจากบริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิต และพันธมิตรทางธุรกิจ คุณยินยอมให้เราเปิดเผยข้อมูลของคุณให้แก่บริษัทดังกล่าว เพื่อการวิเคราะห์ ตลอดจนนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการ

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

ในกรณีเพิ่มเติมผู้รับข้อมูลในภายหลัง : บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลใหม่ไว้บนเว็บไซต์ของบริษัท และจะขอความยินยอมจากคุณก่อนการเปิดเผยข้อมูล หากผู้รับข้อมูลไม่ได้เป็นบริษัทที่อยู่ในเครือเมืองไทยประกันชีวิต

ข้าพเจ้ายอมรับว่าในการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับเมืองไทยสโมลคลับตามช่องทางต่างๆ เช่น เว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชัน บริษัทฯ จะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ จากข้าพเจ้า และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผู้อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้าได้โดยปฏิบัติตามกฎหมาย ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อข้าพเจ้าจะแจ้งบริษัทฯ ที่ โทร. 1766 เมืองไทยประกันชีวิต เพื่อให้บริษัทฯ สามารถติดต่อตามช่องทาง การติดต่อที่ถูกต้องต่อไป

(ลงชื่อ) _____ ผู้สมัคร

(_____)

(กรณีผู้สมัครสมาชิก อายุไม่เกิน 10 ปี

กรุณาให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้สมัครลงนามแทน)

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

(ลงชื่อ) _____

(_____)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

(วันที่สมัคร)



สแกนเพื่ออ่าน
“นโยบายความเป็นส่วนตัว”



เงื่อนไขในการให้บริการ
ของเมืองไทยสโมลคลับ