



ดี เฮลท์ พลัส (D Health Plus)



*อายุเริ่มรับประกัน 11 – 90 ปี

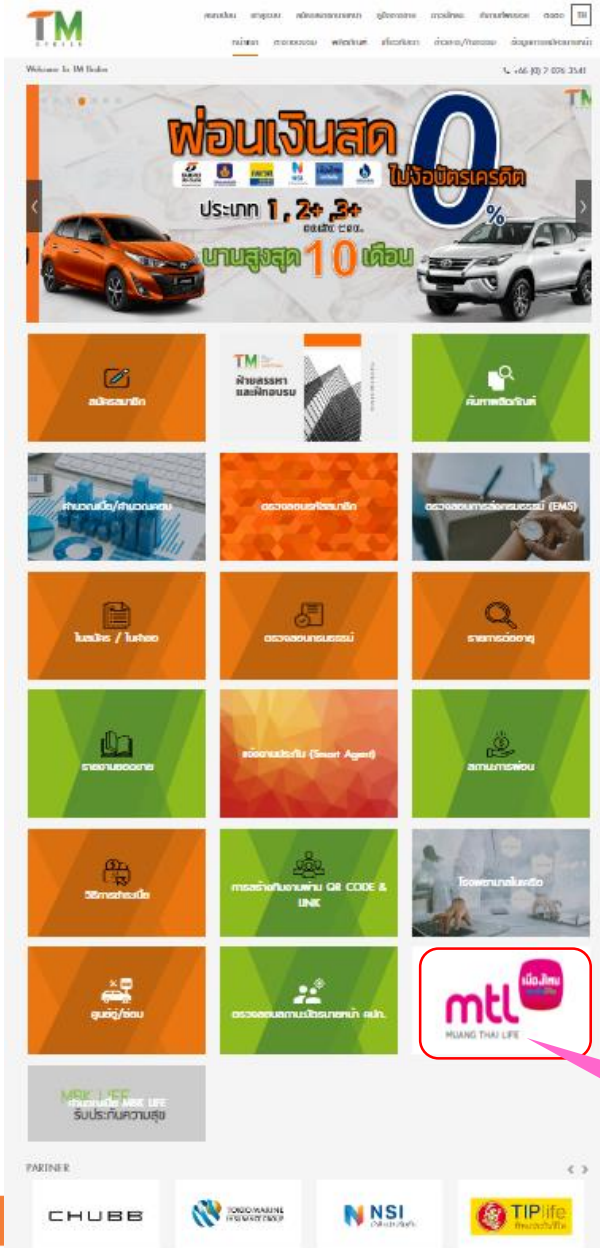
ดี เฮลท์ พลัส (D Health Plus)

เบี้ยง่าย จ่ายเต็มแมกซ์ เลือกพลัสความคุ้มครองได้ตรงใจ

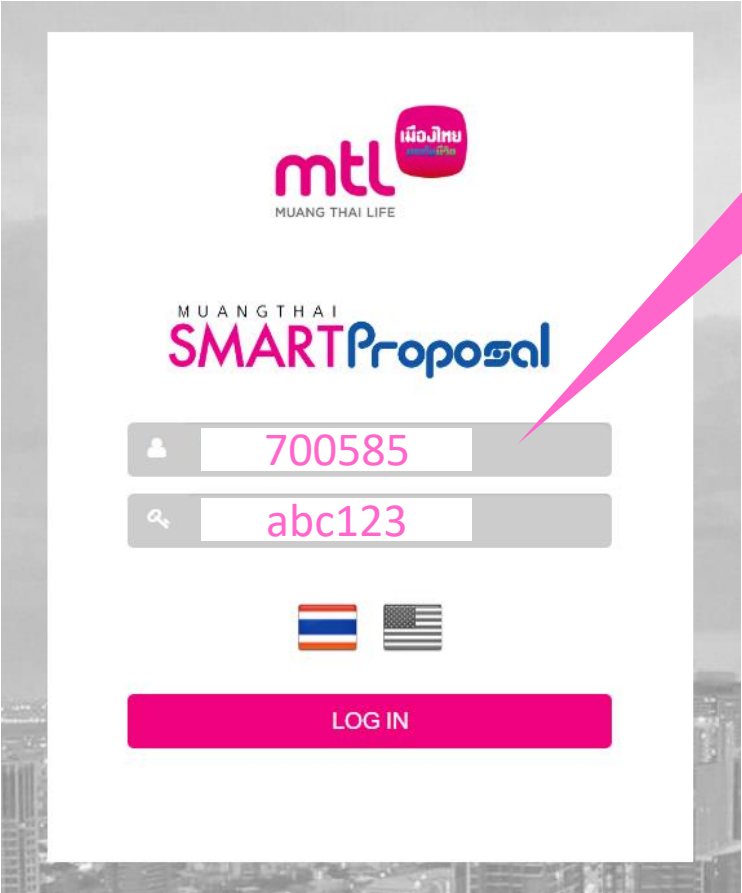
จุดเด่น

- สมัครได้ตั้งแต่อายุ 11-90 ปี ดูแลยาวถึงอายุ 99 ปี
- คุ้มครองเต็มแมกซ์ ทั้งโรคมะเร็ง โรคไต โรคร้ายแรง โรคทั่วไป โรคระบาด และอุบัติเหตุ
- นอนห้องเดี่ยวมาตรฐาน ได้ทุกโรงพยาบาล
- ไหวแคไหน เลือกจ่ายแค่นั้น ด้วยการเลือกแผนความคุ้มครองเหมาจ่ายตั้งแต่บาทแรก หรือเลือกกำหนดความรับผิดชอบแรกเพื่อลดค่าเบี้ยประกันภัยให้ลดลง
- เลือกปรับได้ตรงใจ เมื่อถึงวัยเกษียณให้สิทธิ์เลือกปรับลดความรับผิดชอบแรก รับความคุ้มครองเพิ่มขึ้นโดยไม่ต้องแถลงสุขภาพใหม่
- เลือกพลัสความคุ้มครองเสริมได้ตามต้องการ ความคุ้มครองการคลอดบุตร พลัส (Maternity Plus) และสุขภาพดี พลัส (Well-Being Plus)

1. การ Lock in เข้าระบบคำนวณเบี้ย

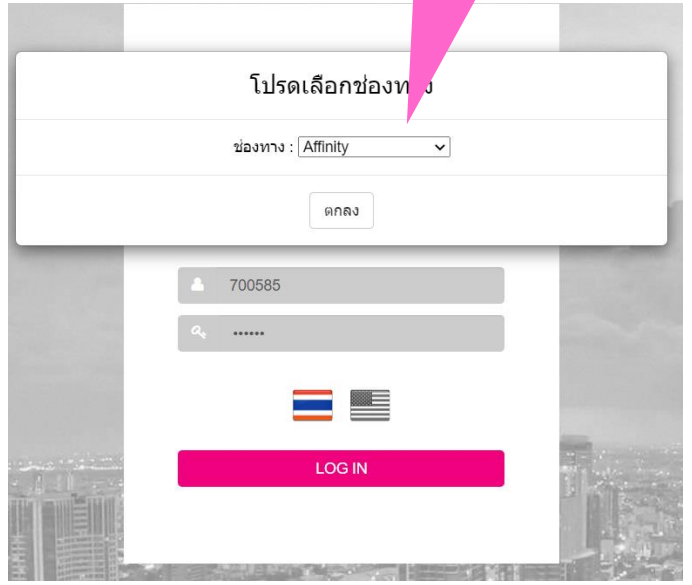


1. เลือก Icon MTL



2. ใส่ User Name และ Password

3. เลือก Affinity



2. กรอกข้อมูลลูกค้า

4.กรอกข้อมูลลูกค้า

ข้อมูลลูกค้า

ตั้งข้อมูลลูกค้า | ล้างเงื่อนไข | พิมพ์ใบเสนอขาย / บันทึกข้อมูลลูกค้า

ข้อมูลลูกค้า | เลือกแบบประกัน | รายละเอียดแบบประกัน | สรุปแบบประกัน

ชื่อ :

นามสกุล :

เบอร์โทรศัพท์ :

มือถือ :

ปี พ.ศ. : อายุ

เพศ ชาย หญิง

กลุ่มอาชีพ :

อาชีพ :

5.เลือกอาชีพ

ค้นหากลุ่มอาชีพ

Search: ค้นหา ..

อาชีพ	กลุ่มอาชีพ	ชั้นอาชีพ	เบี้ยเพิ่มพิเศษ	ชั้นอาชีพ PA
กรรมกร	การผลิตถาวร	2	2	3
กรรมกร	การผลิตแก๊สอะเซทิลีน	3	0	3
กรรมกร	ยาง	2	2	4
กรรมกรทั่วไป	หิน	3	3	4
กรรมกรทั่วไป	อุตสาหกรรมผลิตสุราและเบียร์	2	2	4
กรรมกรหน้าที่ทำน้ำแข็งโดยตรง	น้ำแข็ง	2	2	4
กรรมการผู้จัดการ	ธุรกิจเอกชน	1	0	1
กองกำกับการตำรวจม้า	ตำรวจ (กองบังคับการตำรวจนครบาลเหนือ-ใต้ ธนบุรี)	3	3	3
กองกำกับการตำรวจสุนัข	ตำรวจ (กองบังคับการตำรวจนครบาลเหนือ-ใต้ ธนบุรี)	3	3	3
กองกำกับการป้องกันและปราบปรามจลาจล	ตำรวจ (ทำหน้าที่จับกุมปราบปราม)	3	3	3

Showing 1 to 10 of 673 entries

First Previous 1 2 3 4 5 ... 68 Next Last

เลือกอาชีพ

3. เลือกแผนประกันหลัก

เลือกแบบประกันภัย

แบบประกัน :

Search: ค้นหา ..

แบบประกัน	ช่วงอายุ	เพศ	ระยะเวลาคุ้มครอง	ระยะเวลาชำระเบี้ย
เมืองไทย 9901 D65 (ปานกลางแบบลดหย่อนได้) (ทุน 200,001-400,000)	0-60	ผู้ชาย , ผู้หญิง	ครบอายุ 99 ปี	1 ปี
เมืองไทย 9901 D65 (ปานกลางแบบลดหย่อนได้) (ทุน 400,001 ขึ้นไป)	0-60	ผู้ชาย , ผู้หญิง	ครบอายุ 99 ปี	1 ปี
เมืองไทย 9960 (ปานกลางแบบลดหย่อนได้)	20-55	ผู้ชาย , ผู้หญิง	ครบอายุ 99 ปี	ครบอายุ 60 ปี
เมืองไทย ซุปเปอร์ เซฟเวอร์ 25/16	0-65	ผู้ชาย , ผู้หญิง	25 ปี	16 ปี
เมืองไทย ธนทวี 15/10	1-70	ผู้ชาย , ผู้หญิง	15 ปี	10 ปี
เมืองไทย รีไทร์เมนท์ พลัส 60	20-50	ผู้ชาย , ผู้หญิง	ครบอายุ 90 ปี	ครบอายุ 59 ปี
เมืองไทย สมาร์ท โพรเทคชั่น 90/90	0-80	ผู้ชาย , ผู้หญิง	ครบอายุ 90 ปี	ครบอายุ 90 ปี
เมืองไทย สมาร์ท โพรเทคชั่น 99/20	0-70	ผู้ชาย , ผู้หญิง	ครบอายุ 99 ปี	20 ปี
เมืองไทย สมาร์ท โพรเทคชั่น 99/7	0-85	ผู้ชาย , ผู้หญิง	ครบอายุ 99 ปี	7 ปี
เมืองไทย สมาร์ท ลิงค์ 15/3 (Global)	0-70	ผู้ชาย , ผู้หญิง	15 ปี	3 ปี

Showing 41 to 50 of 57 entries

First Previous 1 2 3 4 5 6 Next Last

6. เลือกแผน “เมืองไทยสมาร์ท โพรเทคชั่น 99/20” หน้า 5

สรุปเบี้ยประกัน

ทุนประกันภัย
200,000 B

เบี้ยประกันภัย(ก่อนหักส่วนลด) 5,888.00 B

ส่วนลดเบี้ยประกันภัย 0.00 B

เบี้ยประกันภัยเพิ่มพิเศษ(บาท) 400.00 B

เบี้ยประกันสัญญาเพิ่มเติม 0.00 B

เบี้ยประกันสัญญาเพิ่มเติมพิเศษตามอาชีพ: 0.00 B

รวมเบี้ยประกันทั้งสิ้น 6,288.00 B

7. เลือกจำนวนเบี้ย

4. เลือกแผนประกัน Rider

รายละเอียดแบบประกัน

แสดงรายละเอียดแบบประกัน

รายละเอียดแบบประกัน
 รายละเอียดของกรมธรรม์
 แบบฟอร์ม

ชื่อแบบประกัน: **เงื่อนไข ความคุ้มครอง 99/20**

แสดงสัญญาเพิ่มเติม: (สัญญาเพิ่มเติมที่สามารถเลือกได้ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการรับประกันภัย)

เลือก	สัญญาเพิ่มเติม	เบี้ยประกัน (บาท)
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยค่าชดเชยเงินคงเหลือผู้เอาประกันภัย (DFP)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (TPD)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบแยกค่าใช้จ่าย (N) (H&S)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย แคร่ (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย แคร่ พลัส (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย เล็กซ์ตรา (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย เล็กซ์ตรา พลัส (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเสริมสุขภาพ (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบดีดี เฮลท์ พลัส	0.00
<input type="checkbox"/>	บริการสุขภาพดี สุขภาพดี พลัส (Web-Beding Plus)	0.00

แสดงสัญญาเพิ่มเติม : (สัญญาเพิ่มเติมที่สามารถเลือกได้ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการรับประกันภัย)

เลือก	สัญญาเพิ่มเติม	เบี้ยประกัน (บาท)
<input type="checkbox"/>	การยกเว้นการชำระเบี้ยประกันของผู้เอาประกันภัย (WP)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (TPD)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบแยกค่าใช้จ่าย (N) (H&S)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย แคร่ (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย เล็กซ์ตรา (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย เล็กซ์ตรา พลัส (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเหมาจ่าย เล็กซ์ตรา พลัส (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบเสริมสุขภาพ (N)	0.00
<input type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์	0.00
<input checked="" type="checkbox"/>	การประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์	21,872.00

สัญญาเพิ่มเติม สุขภาพแบบ แบบ ดี เฮลท์ (D Health)

ความคุ้มครอง
เบี้ยประกัน

แผน 1,000,000 (D 0)

21,872.00

คำนวณ

9. เลือกแผนความคุ้มครอง

8. เลือกแผน "การประกันแบบสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์"

เบี้ยประกันสัญญาเพิ่มเติมรวม: (บาท)

21,872.00

รายละเอียดสัญญาเพิ่มเติม

หลักเกณฑ์ในการรับประกันภัย

- อายุเริ่มชดเชยตั้งแต่ประกันภัย - อายุ 11 - 80 ปี ไม่เกินความคุ้มครองถึงอายุ 99 ปี (แต่ไม่เกินความคุ้มครองของกรมธรรม์หลัก)
- การมีภาวะเจ็บป่วย - ตามปี ราย 5 เดือน ราย 3 เดือน และรายเดือน (เป็นไปตามกรมธรรม์หลัก) ทั้งนี้ จำนวนเบี้ยประกันรายของกรมธรรม์ไม่ต่ำกว่า 200 บาท
- บริษัทสามารถพิจารณาปรับประกันภัยที่มีภัยความรุนแรงได้ (Sub-Standard)
- รับประกันภัยกลุ่มอาชีพ 1, 2 และ 3
- การตรวจสุขภาพเป็นไปตามระเบียบการตรวจสุขภาพของแบบประกันภัยหลัก
- ผู้เอาประกันภัยสามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ (D Health) ได้มากกว่า 1 สัญญา โดยผลประโยชน์สูงสุดต่อการเข้าทำกับข้าวดังกล่าวคือครั้งเดียว รวมทุกสัญญา และ รวมทุกช่องทางแล้ว จะต้องมีไม่เกิน 5,000,000 บาท ต่อผู้เอาประกันภัยแต่ละคน
- สัญญาเพิ่มเติมนี้สามารถซื้อแบบทำได้อีกกรมธรรม์ใหม่ และกรมธรรม์เดิม โดยกรณีผู้เอาประกันภัยขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมภายใน 3 เดือน หลังจากวันเริ่มตั้งกรมธรรม์ และการเอาประกันภัยได้มีการแปลงข้อมูลสุขภาพแล้ว อาจพิจารณาไม่ต้องตรวจสุขภาพผู้เอาประกันภัย ทั้งนี้ เงื่อนไขของแบบประกันหลักที่สัญญาเพิ่มเติมนี้สามารถแนบท้ายได้อีกคือ
 1. แบบประกันหลักจะต้องมีจำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำ ตั้งแต่ 50,000 บาท ขึ้นไป ทั้งนี้ ให้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของจำนวนเงินเอาประกันภัยขั้นต่ำของแต่ละแบบประกันภัย
 2. แบบประกันหลักจะต้องมีระยะเวลาเอาประกันภัยมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป
- ผู้เอาประกันภัยสามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพอื่นๆ แบบกรมธรรม์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ (D Health) แนบท้ายมาได้ โดยหลักเกณฑ์ในการขายและการพิจารณาปรับเบี้ยประกันภัยสำหรับผู้เอาประกันภัยเพิ่มเติมสุขภาพอื่นๆเป็นไปตามคำสั่งที่ 28/2562
- ผู้เอาประกันภัยอายุเกิน 30 ปี - 10 ปี จำเป็นต้องซื้อหรือกรมธรรม์ประกันชีวิตของดีดีเฮลท์พลัส โดยที่กรมธรรม์ประกันชีวิตของดีดีเฮลท์พลัสจะต้องแนบสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพอย่างใดอย่าง 1 สัญญา สำหรับกรณีอื่น ๆ บริษัทของเรงสิทธิ์ในการพิจารณาปรับเบี้ยประกันภัย
- บริษัทจะพิจารณาจ่ายสินไหมของสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ แบบ ดี เฮลท์ (D Health) จากในเสร็จรับเงินฉบับจริงเท่านั้น ไม่สามารถใช้จ่ายสินไหมในเสร็จรับเงิน
- สำหรับสัญญาประกันที่มีสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพเดิม และมีค่าประกันส่งต่อเป็นแปลงเป็นสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพตามคำสั่งนี้ ต้องปฏิบัติตามระเบียบการเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ

สรุปเบี้ยประกัน

ทุนประกันภัย: 200,000 B

เบี้ยประกันภัย(คงเหลือส่วนลด): 5,888.00 B

ส่วนลดเบี้ยประกันภัย: 0.00 B

เบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม(บาท): 400.00 B

เบี้ยประกันภัยสุขภาพเพิ่มเติม: 21,872.00 B

เบี้ยประกันภัยสุขภาพเพิ่มเติมพิเศษตามอาชีพ: 0.00 B

รวมเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม: 28,160.00 B

- พิมพ์ใบเสนอขาย / พิมพ์ข้อมูลลูกค้า
- ล้างเงินใจ
- ข้อมูลลูกค้า
- เลือกแบบประกัน
- สรุปเบี้ยประกัน

10. Click สรุปเบี้ยประกัน

ข้อควรทราบ



ข้อควรทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของนายหน้าประกันชีวิตในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การเสนอขายกรมธรรม์ประกันชีวิตของบริษัท ในครั้งนี้บริษัท ได้มอบหมายให้.....ในฐานะนายหน้าประกันชีวิต (“นายหน้า”) ทำหน้าที่ในการซื้อ รวมรวมข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับชีวิต ศาสนา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ (“ข้อมูลส่วนบุคคล”) ของ.....ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัว ในการขอเอาประกันภัย ตลอดจนทำหน้าที่ให้บริการอันเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิตของ.....ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัว ดังนั้น การสร้างความเข้าใจแก่ท่านเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของนายหน้า ในการคุ้มครองข้อมูล.....ของท่าน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ สำหรับบริษัท โดยขอให้ท่านศึกษาและทำความเข้าใจข้อมูลดังกล่าว โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. นายหน้า จะเสนอขายกรมธรรม์ประกันชีวิตตามขั้นตอนและวิธีการที่บริษัท กำหนด
2. นายหน้า จะรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ผู้เยาว์และ/หรือบุคคลในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการขอเอาประกันภัย ข้อมูล ที่กรอกไปในคำขอเอาประกันภัย เอกสารประกอบการเสนอขาย แบบฟอร์ม.....ของกรมการประกันภัย การพิจารณาประกันที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ รูปแบบของกระดาษ อิเล็กทรอนิกส์และ.....การที่บริษัท กำหนดไว้เท่านั้น
3. บริษัท ไม่อนุญาตให้นายหน้า..... หรือนิติบุคคลอื่นใดในนามนายหน้า..... ให้แก่บริษัท ตามรูปแบบและ.....

ช่องมอบหมายให้ **ไม่ต้องกรอก**

การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว

ข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวดังกล่าวแล้ว และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับชีวิต ศาสนา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ (“ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว”) ของข้าพเจ้า ผู้เยาว์ และ/หรือบุคคลในครอบครัวที่ได้ไว้ในขั้นตอนของการขอเอาประกันภัย แก่นายหน้าประกันชีวิต และ/หรือผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ดังกล่าว ตามความจำเป็นเพื่อใช้ในการยืนยันตัวตน ให้ความแนะนำ นำเสนอกรมธรรม์ว่า อำนาจความสะดวกในการกรอกและนำส่งในคำขอเอาประกันภัย และการพิจารณาประกันภัย ซึ่งในรูปแบบของกระดาษ อิเล็กทรอนิกส์และไฟล์เสียง รวมถึงวัตถุประสงค์อื่นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานตามความจำเป็นของบริษัท

ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าลงนามด้านล่างนี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

สำหรับนายหน้าประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ นายหน้าประกันชีวิต
(.....)
กรุณาเขียนชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง

ข้อความยืนยัน



สำหรับตัวแทน/นายหน้า: เอกสารใช้ในช่วง.....
สำหรับใบคำขอเอาประกันภัยที่ไม่มีข้อความเป็นไปตามนี้.....

ข้อความยืนยันต่อเอกสารหรือคำตอบใบคำขอเอาประกันภัย

ของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

ตามที่ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ได้ยื่นใบคำขอเอาประกันภัย.....ในคำขอเลขที่.....กับบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยแล้ว ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้าขอให้คำยืนยันถ้อยแถลงและให้ความยินยอมแก่บริษัท ดังนี้

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบที่.....ในคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริง ทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า.....และ/หรือผู้เยาว์และ/หรือบุคคลอื่นใดที่เปิดเผยข้อมูลความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ หรือข้อมูลอื่นใด ซึ่งมิใช่ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม หรือข้อมูลอื่นใด ที่ข้าพเจ้าและผู้เยาว์และ/หรือบุคคลอื่นใดยินยอมเปิดเผยไปในอนาคต สามารถเปิดเผย.....หรือ.....หรือ.....การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือ.....
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวิตภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมิผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับค่าความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ที่ปรากฏใน [https://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันภัยและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงานคปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

ช่องใบคำขอเลขที่ **ไม่ต้องกรอก**

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าจะได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับคำยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วย.....



ประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการเปิดเผยดังกล่าว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

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

(ลงชื่อ).....(ลงชื่อ).....

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอเอาประกันภัย

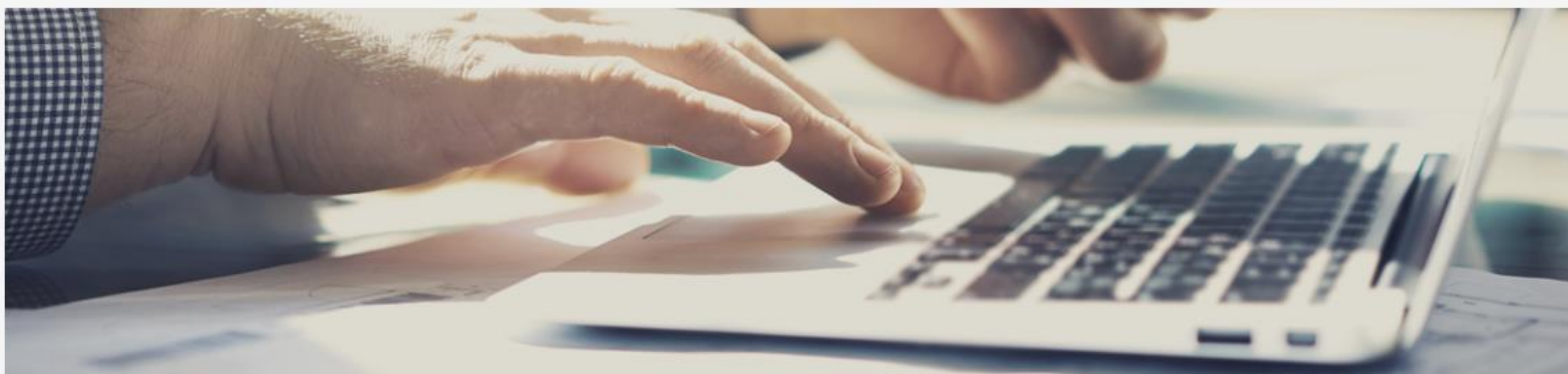
5. Download ในคำขอและเอกสารชำระเบี้ยประกัน



ลงทะเบียน เข้าสู่ระบบ สมาชิกสมาชิกหน้าหน้า คู่มือการขาย ดาวนิโสด คำถามที่พบบ่อย ติดต่อ TH

หน้าแรก ตารางอบรม ผลิตภัณฑ์ เกี่ยวกับเรา ข่าวสาร/กิจกรรม ข้อมูลการสมัครสมาชิก

หน้าแรก > Download



Download

-- All Categories --

-- All Categories --

เกี่ยวกับ คปก.

เกี่ยวกับนายหน้า

Download > เอกสารนายหน้า

วันที่สร้างข้อมูล

หัวข้อ

ดาวนิโสด

1/7/2563

เกี่ยวกับ
คปก.

ประกาศ_การอบรมความรู้ประกันชีวิตสำหรับผู้ขายใบอนุญาตในสถานการณ์ COVID-19 พ.ศ.2563

Download

Download ใบคำขอ

Download > เอกสารนายหน้า

วันที่สร้างข้อมูล	หัวข้อ	เรื่อง	ดาวน์โหลด
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ใบคำขอทำประกันชีวิตบริษัท เมืองไทยประกันชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ใบคำขอทำประกันชีวิตบริษัท เมืองไทยประกันชีวิตอายุ 21 ปีขึ้นไป	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ฟอร์มชำระเบี้ยประกันชีวิตพำนศนาคาร บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	แบบฟอร์มตัดบัตรประกันชีวิต บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ตัวอย่าง กรอกใบคำขอ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	วิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
25/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ใบคำขอ มาตรฐาน MBK Term life	Download
25/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	วิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต บริษัท MBK Life	Download

สำหรับอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

CLIENT NO. _____
ชื่อตัวแทนนายหน้า บริษัท _____
ใบอนุญาตนายหน้า _____ รหัสตัวแทนนายหน้า 7xxxxx
ใบคำขอประกันชีวิตเลขที่ _____
กรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่ _____

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ กรณีมีค่ากรมสุขภาพอย่างละเอียด แบบที่ 1

1. คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันและรายละเอียดการเอาประกัน

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกัน (ภาษาไทย) นาย ณัฐพงษ์ แซ่ซ่งผ่อง
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Nathan Sanglumpong

ชื่อและนามสกุลเดิม _____
เพศ ชาย หญิง สัญชาติ ไทย อายุ 27 ปี เกิดวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2538
เอกสารที่แนบส่ง บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ วันหมดอายุ 12 มิถุนายน 2568
 หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____
 ทะเบียนบ้าน ซิมฯ _____
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

2. ที่อยู่ผู้ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่ xx หมู่บ้าน/อาคาร _____
หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน ลาดพร้าว
แขวงตำบล คลองจั่น เขต/อำเภอ บางเขน
จังหวัด กทม รหัสไปรษณีย์ 10240
โทรศัพท์บ้าน 02-xxx-xxxx

2. ที่อยู่ไปประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)
บ้านเลขที่ _____ ถนน _____
ตำบล _____ อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ประเทศ _____

2. สถานะที่ทำงาน บ.ล. เมืองไทยประกันชีวิต
อาคาร อาคาร B ชั้น 6 เลขที่ 250 หมู่ที่ _____
ตรอก/ซอย _____ ถนน รัชดาภิเษก
แขวงตำบล ห้วยขวาง เขต/อำเภอ ห้วยขวาง
จังหวัด กทม รหัสไปรษณีย์ 10310
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-xxx-xxxx

2. ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน อื่นๆ ไปประเทศ _____
บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____
หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวงตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โทรศัพท์บ้าน _____

3. สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร

3. ข้อมูลการติดต่อ ถ้าพบจ้ความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูล
การติดต่อสำหรับเป็นการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิต
โทรศัพท์มือถือ 0888668888 โทรสาร 0888888888
อีเมล nathan.s@muangthai.co.th

3. การันการยอมรับประกันชีวิตโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะรับสิทธิออกกรมธรรม์ประกันชีวิตโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนเล่มกรมธรรม์ และจัดส่งกรมธรรม์ไปยัง
ระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ
(กรณีมีกระดาษประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลระบุไว้ได้ บริษัทจะส่งหนังสือแจ้งการจัดส่งเป็นเล่มกรมธรรม์
ให้แก่ท่านตามที่ระบุ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอ)

3. อาชีพประจำ พนักงานบริษัท อาชีพอื่น (ถ้ามี) _____
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ ลักษณะงานที่ทำ ดูแลงานขายและกรอกใบ ตำแหน่ง _____
ลักษณะธุรกิจ ประกันชีวิต ลักษณะธุรกิจ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท รายได้ต่อปี _____ บาท

2-02-09-3385
11.08.2564

Download เอกสารชำระเบี้ยประกัน

Download > เอกสารนายหน้า

วันที่สร้างข้อมูล	หัวข้อ	เรื่อง	ดาวน์โหลด
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ใบคำขอรับประกันชีวิตบริษัท เมืองไทยประกันชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ใบคำขอรับประกันชีวิตบริษัท เมืองไทยประกันชีวิตอายุ 21 ปีขึ้นไป	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ฟอร์มชำระเบี้ยประกันชีวิตผ่านธนาคาร บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	แบบฟอร์มตัดบัตรประกันชีวิต บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ตัวอย่าง กรอกใบคำขอ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
24/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	วิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต	Download
25/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	ใบคำขอ มาตรฐาน MBK Term life	Download
25/6/2565	เกี่ยวกับนายหน้า	วิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต บริษัท MBK Life	Download

First < 1 2 3 4 > Last

ชำระเบี้ยประกันได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. Mail Order “แบบฟอร์มตัดบัตรประกันชีวิต” (พิมพ์เอกสารกรอกรายละเอียดส่งกลับ TM ทางไลน์/Email)
2. ชำระผ่านธนาคาร “ฟอร์มชำระเบี้ยประกันชีวิตผ่านธนาคาร” (นายหน้าต้องขอเลขอ้างอิง (Ref.2) จากเจ้าหน้าที่ TM Broker)
3. ชำระผ่าน “Link Mobile Banking” (นายหน้าต้องขอ Link จากเจ้าหน้าที่ TM Broker)

Download เอกสารชำระเบี้ยประกัน

1. Mail Order



สำหรับลูกค้า

หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต
สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัย เพียงครั้งเดียว

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ เป็นผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยกับ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามใบคำขอเอาประกันภัย / สัญญาประกันภัยเลขที่ _____ มีความประสงค์ขอชำระเบี้ยประกันภัยปี / วงศ์ โดยยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตที่ออกโดยธนาคารหรือบริษัทผู้ออกบัตร

จำนวนเงิน _____ บาท (_____)

ผ่านระบบ EDC Mail Order mPos Smart Pay (ไม่ชำระอัตโนมัติผ่านบัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย ไม่หักดอกเบี้ย 0% เป็นระยะเวลา เดือน)

ประเภทบัตร VISA Master Card AMEX Diners JCB Union Pay

เลขที่บัตร _____ บัตรหมดอายุ _____ / _____

ชื่อเจ้าของบัตรเครดิต _____ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ _____

เกี่ยวข้องกับผู้ออกประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยโดยเป็น บุคคลเดียวกัน บุคคลอื่นชำระแทน (โปรดระบุความสัมพันธ์) _____

ข้าพเจ้า ("ผู้ออกประกันภัย" / "ผู้เอาประกันภัย") และเจ้าของบัตรเครดิต รับทราบและตกลงว่า

- หากเกิดการชำรุดเบี้ยประกันภัยชำระสูงเกินกว่าอัตราที่บริษัท เรียกเก็บ หรือมีการผิดสัญญา จะต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ซึ่งตามเงื่อนไขของกรมธรรม์หรือกฎหมาย กำหนดให้บริษัท ต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยดังกล่าวให้กับผู้ออกประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย แล้วแต่กรณี ข้าพเจ้า ตกลงให้บริษัท คืนจำนวนเงินดังกล่าว เข้าบัญชีบัตรเครดิตของ _____ เลขที่ดังกล่าวข้างต้น ผ่าน บมจ.ธนาคารกสิกรไทย ในกรณีต่อไปนี้
 - ข้าพเจ้ายกเลิกรายการชำระหนี้ค่าเบี้ยประกันภัยกับบริษัท
 - ข้าพเจ้ายกเลิกการเอาประกันภัยและขอคืนค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัท
 - ข้าพเจ้าใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์และขอคืนค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัท
 - บริษัท ปฏิเสธหรือเลื่อนการรับประกันภัยกับข้าพเจ้า
 - บริษัท บอกกล่าวสัญญาประกันภัยในขณะที่ข้าพเจ้ายังมีชีวิตอยู่
- การชำระเบี้ยประกันภัยผ่านผู้ออกประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย นี้ ไม่มีผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในกรมธรรม์ และไม่มีสิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ของกรมธรรม์ที่สิ้น ภาษีดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์เท่านั้น
- ในกรณีที่มีการยกเลิกการรับประกันภัย เจ้าของบัตรเครดิตยินยอมที่จะชำระยอดค่าเบี้ยประกันโดยอัตโนมัติผ่านธนาคารจนครบถ้วน และให้นำยอดค่าเบี้ยประกันเป็นยอดในบัญชีบัตรเครดิตได้ทันที


ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____

เจ้าของบัตรเครดิตผู้ให้ความยินยอม (ขอเซ็นตามตัวอย่างที่เป็นบัตรเครดิต) ผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

กฎเกณฑ์ สำเนาบัตรเครดิต และโปรดเรียกเก็บใบเงินชำระจากตัวตนเองของบริษัท

- หมายเหตุ :** การใช้บัตรเครดิตของคุณเพื่อชำระเบี้ยประกันภัย บริษัท จะชำระเฉพาะบัตรเครดิตของคุณที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้เอาประกันภัยที่นามสกุลเดียวกันเท่านั้น **กรณีคนละนามสกุลกัน** ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนแปลงชื่อ - สกุลจริง เป็นต้น

2. ชำระผ่านธนาคาร



สำหรับธนาคาร FOR BANK
(สำหรับธนาคารพาณิชย์)

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่านธนาคาร เพื่อชำระเบี้ยประกัน
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

วันที่ / Date _____ สาขา/ผู้รับฝาก / Branch _____

ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกัน (NAME) _____

Ref.No.1 (ID Code)

Ref.No.2 (เลขที่ใบคำขอเอาประกัน 11 หลัก)

หมายเลข / Chk. No.	วันที่ / Date	ชื่อธนาคาร / สาขา / Branch	จำนวนเงิน / Amount	ชำระจำนวนนี้ที่
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	จำนวนเงินเป็นตัวเลข / Amount in Words			ผู้รับเงิน

คำแนะนำในการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารโดยธนาคาร

กรณีชำระด้วยเช็ค บริษัทจะถือว่าการชำระมีผลสมบูรณ์เมื่อธนาคารเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ ธนาคารจะรับเช็ค เฉพาะที่ชื่อบุคคลที่ชื่อบุคคลผู้เอาประกันภัยเท่านั้น

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้เป็นใบรับเงินชั่วคราว ทั้งนี้ ธนาคารขอความร่วมมือกับบริษัทประกันชีวิตประเภทสามัญเท่านั้นที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความสะดวกตามเงื่อนไขกรมธรรม์ของเงินรับเงินชั่วคราวของบริษัท ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

เงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว (สำหรับการรับประกันภัยรถยนต์)

1) กรณีที่ใบรับเงินชั่วคราวมีมูลค่ารวมต่ำกว่าจำนวนเงินเบี้ยประกัน

1) กรณีที่ผู้เอาประกันภัยต้องการชำระเงินเบี้ยประกันภัย ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยถือเอกสารใบรับเงินชั่วคราวเป็นเงินสด และดำเนินการประกันชีวิตและหรือผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยในนามบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวเป็นเงินสด เมื่อ หรือผลการชั่ง ที่ชั่งกับเงินได้ทันทีโดยไม่ต้องแล้วคู่ลงส่วนวันใดจะเกิดขึ้นสูงสุด โดยบริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้เมื่อคู่ลงของวันถัดจากวันรับเงินชั่วคราวเป็นเงินสดทันที

2) กรณีที่ผู้เอาประกันภัยต้องการชำระเงินเบี้ยประกันภัย ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยต้องการชำระเงินเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสด

ก) บริษัทประกันชีวิตได้ โดยอัตโนมัติชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นมาตรฐาน จะเป็นผู้คุ้มครอง ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยถือเอกสารใบรับเงินชั่วคราวและดำเนินการประกันชีวิตและหรือผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยในนามบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวเป็นเงินสด เมื่อ หรือผลการชั่ง ที่ชั่งกับเงินได้ทันทีโดยไม่ต้องแล้วคู่ลงส่วนวันใดจะเกิดขึ้นสูงสุด และคู่ลงส่วนวันใดจะเกิดขึ้นสูงสุด โดยคู่ลงส่วนวันใดจะเกิดขึ้นสูงสุด ณ เวลาที่บริษัทและหรือตัวแทนประกันชีวิตได้รับยอดเงิน หรือวันที่ผู้เอาประกันภัยชำระค่าเบี้ยประกัน

เมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัย ความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นอันสิ้นสุด

ข) บริษัทประกันชีวิตได้ แต่โดยอัตโนมัติชำระเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสดจากสัญญา หรือเปลี่ยนเงื่อนไขการรับประกันภัยในใบรับเงินชั่วคราวนี้จะมีคู่ลงของ ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยต้องการชำระเงินเบี้ยประกันภัยในนามบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวเป็นเงินสด เมื่อ หรือผลการชั่ง ที่ชั่งกับเงินได้ทันทีโดยไม่ต้องแล้วคู่ลงส่วนวันใดจะเกิดขึ้นสูงสุด และคู่ลงส่วนวันใดจะเกิดขึ้นสูงสุด โดยคู่ลงส่วนวันใดจะเกิดขึ้นสูงสุด ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยชำระค่าเบี้ยประกัน

หากผู้เอาประกันภัยต้องการรับคืนเงินค่าเบี้ยประกัน บริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้เมื่อคู่ลงของ ณ เวลาที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือบริษัทได้รับค่าเบี้ยจากคู่ลงของประกันภัย

3) กรณีที่ผู้เอาประกันภัยต้องการชำระเงินเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสดจากสัญญา หรือเปลี่ยนเงื่อนไขการรับประกันภัยในใบรับเงินชั่วคราวนี้จะมีคู่ลงของ ณ เวลาที่บริษัทและหรือตัวแทนประกันชีวิตได้รับยอดเงิน หรือวันที่ผู้เอาประกันภัยชำระค่าเบี้ยประกัน

ก) บริษัทประกันชีวิตได้ โดยอัตโนมัติชำระเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสดจากสัญญา หรือเปลี่ยนเงื่อนไขการรับประกันภัยในใบรับเงินชั่วคราวนี้จะมีคู่ลงของ ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยชำระค่าเบี้ยประกัน

ข) บริษัทประกันชีวิตได้ โดยอัตโนมัติชำระเบี้ยประกันภัยเป็นเงินสดจากสัญญา หรือเปลี่ยนเงื่อนไขการรับประกันภัยในใบรับเงินชั่วคราวนี้จะมีคู่ลงของ ณ เวลาที่ตัวแทนประกันชีวิตได้รับค่าเบี้ยจากคู่ลงของประกันภัย

ทั้งนี้กรณีที่บริษัทไม่เอาประกันชีวิตได้สำหรับผลของการพิจารณาใบรับเงินชั่วคราว หรือด้วยข้อจำกัดของกฎหมาย จะไม่มีการคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้ โดยบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย

01.04.2019 2-02-05-0003

ขอเลขอ้างอิง (Ref.2) จากเจ้าหน้าที่ TM Broker

Thank You