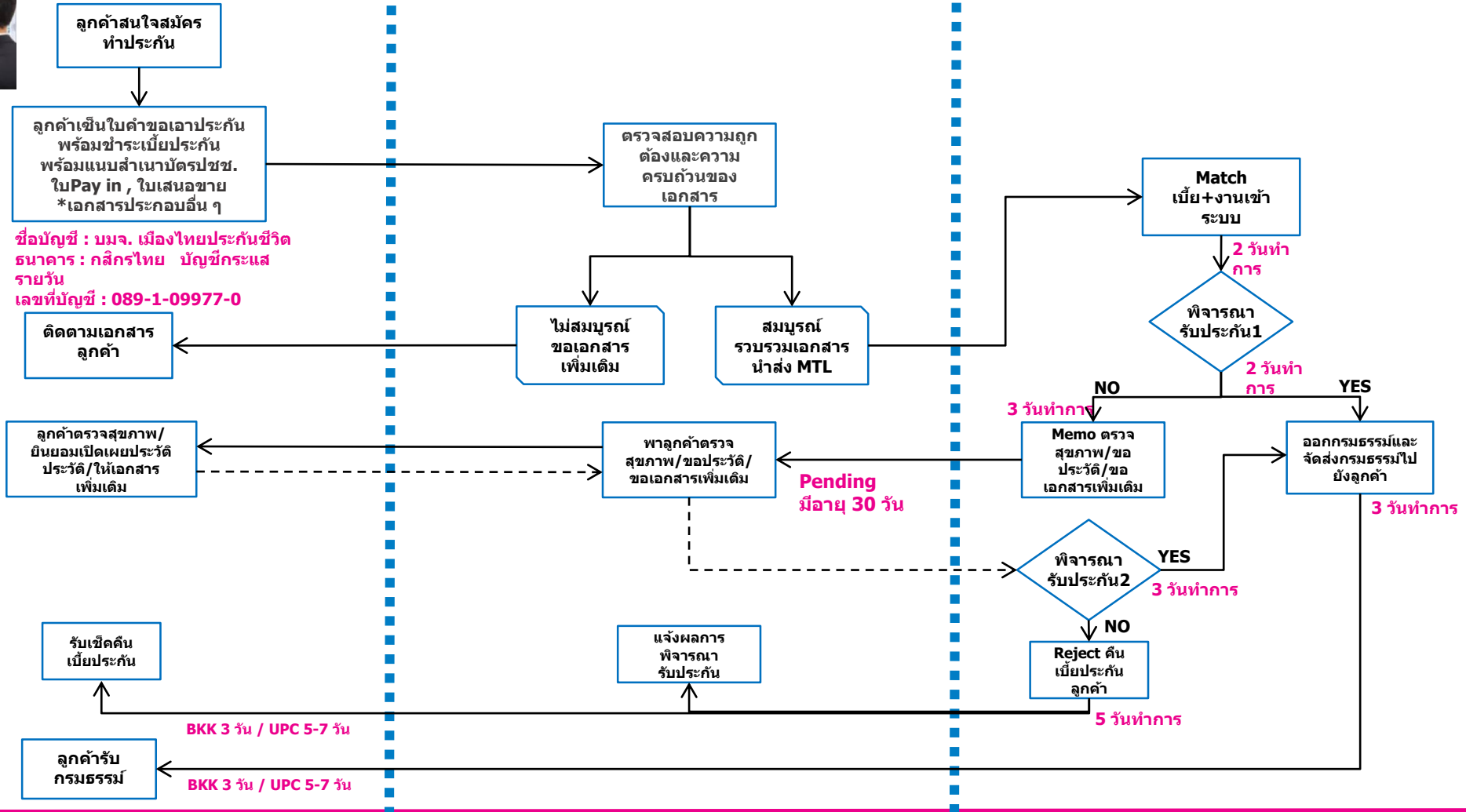




# Work Process

Broker

ลูกค้า



\* หลักเกณฑ์การตรวจสอบสุขภาพ เป็นไปตามระเบียบของบริษัท

## สำหรับผู้เอาประกัน (อายุ 21 ปีขึ้นไป)

- ใบคำขอเอาประกันชีวิต (แบบฟอร์มบริษัท)
- ใบเสนอขาย (แบบฟอร์มบริษัท)
- ผู้เอาประกัน (สัญชาติไทย) สำเนาบัตรประชาชน
- ผู้เอาประกัน (ชาวต่างชาติ) สำเนา Passport, VISA และ Work permit
- แบบฟอร์มการชำระเงิน Bill Payment (เช็ค/เงินสด) หรือ แบบฟอร์มการชำระเงิน Mail Order (บัตรเครดิต)
- หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาสุขภาพ
- หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต หรือ หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่น ๆ ผ่านบัญชีธนาคาร (ถ้ามี) **\*\*กรณีลูกค้าชำระเบี้ยแบบรายเดือนจะต้องทำการเรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต หรือ ยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากเท่านั้น**

## สำหรับผู้เอาประกัน (ผู้เยาว์)

- ใบคำขอเอาประกันชีวิต (แบบฟอร์มบริษัท)
  - ใบเสนอขาย (แบบฟอร์มบริษัท)
  - กรณีผู้เอาประกัน (อายุน้อยกว่า 7 ปี) (สัญชาติไทย) สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน และสำเนาบัตรประชาชน ของบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม
  - กรณีผู้เอาประกัน (อายุมากกว่า 7 ปี) (สัญชาติไทย) สำเนาบัตรประชาชน ของผู้เอาประกัน และของบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม
  - กรณีผู้เอาประกัน (ชาวต่างชาติ) สำเนา Passport, VISA ของผู้เอาประกัน และ สำเนา Passport, VISA และ Work permit ของบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม
  - แบบฟอร์มการชำระเงิน Bill Payment (เช็ค/เงินสด) หรือ แบบฟอร์มการชำระเงิน Mail Order (บัตรเครดิต)
  - สำเนาสมุดสุขภาพเด็ก (กรณีผู้เอาประกันอายุน้อยกว่า 8 ปี)
  - หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาสุขภาพ
  - หนังสือยินยอมให้เรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต หรือ หนังสือยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝาก และหนังสือขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และเงินอื่น ๆ ผ่านบัญชีธนาคาร (ถ้ามี)
- \*\*กรณีลูกค้าชำระเบี้ยแบบรายเดือนจะต้องทำการเรียกเก็บเงินผ่านบัตรเครดิต หรือ ยินยอมให้ธนาคารหักบัญชีเงินฝากเท่านั้น)**

# ใบคำขอเอาประกันชีวิต (ชนิดมีค่าถามสุขภาพอย่างละเอียด)



2-02-05-2386 (ผู้เยาว์ อายุ ≤ 20 ปี)

2-02-05-2385 (อายุ 21 ปีขึ้นไป)

สำนักงานผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประกัน 20 ปี

**เมืองไทยประกันชีวิต**  
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลข อนุญาตประกอบกิจการ 10319 | Muang Thai Life Assurance PCL  
210 Souththoson Road, Souththoson, Bangkok 10319 | Telephone: 010753300048  
Fax: +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2274 1025 | Email: mtl@mtl.co.th

เลข อนุญาตประกอบกิจการ 10319 | Muang Thai Life Assurance PCL  
210 Souththoson Road, Souththoson, Bangkok 10319 | Telephone: 010753300048  
Fax: +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2274 1025 | Email: mtl@mtl.co.th

CLIENT NO. 010753300048

ชื่อตำแหน่ง/นามหน้า: บริษัท อีซีซี จำกัด  
ใบอนุญาตเลขที่: 700678  
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่: \_\_\_\_\_  
ตราธรรม์ประกันชีวิตเลขที่: \_\_\_\_\_

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้เอาประกันชีวิตคือคนที่มีสุขภาพดีและเป็นโรคที่กรมการแพทย์ได้ตั้งชื่อโรค  
อาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน  
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีค่าถามสุขภาพอย่างละเอียด สำหรับผู้เยาว์ แบบที่ 1

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัย (ภาษาไทย) อ.อ.รัชต์เดช เฒ่าสีหะ  
(ภาษาอังกฤษ) RAKYIM MUANGTHAI

ชื่อและนามสกุลเดิม \_\_\_\_\_  
เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อายุ 10 ปี เกิดวันที่ 24 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551  
เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_  
 หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_  
 ทะเบียนบ้าน เลขที่ อ.อ.รัชต์เดช 3.1020.00001.11.1

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

ที่อยู่และที่ทำงาน

1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
บ้านเลขที่ 14 หมู่บ้าน/อาคาร -  
หมู่ที่ - ตรอก/ซอย บึงสาละห์ 27 ถนน บึงสาละห์  
แขวง/ตำบล บึงสาละห์ เขต/อำเภอ บึงสาละห์  
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10140  
โทรศัพท์บ้าน 02-4277627

2 ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)  
บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล \_\_\_\_\_  
อำเภอ \_\_\_\_\_  
จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
ประเทศ \_\_\_\_\_

3 ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  อื่นๆไประบุ  
บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_  
หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_  
จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_

4 ข้อมูลการติดต่อ  
โทรศัพท์มือถือ 08311181234  
อีเมล \_\_\_\_\_

5 สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
 สถานที่ทำงาน  
 ที่อยู่ปัจจุบัน

(กรณีผู้เอาประกันคนถึง ยังไม่ทราบคู่สมรส (ผู้เยาว์) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการคัดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลที่จะอยู่ในส่วนที่ 4 เท่านั้น)

3 อาชีพประจำ นักเรียน  
ตำแหน่ง นักเรียน ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

2-02-05-2386

สำนักงานผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประกัน 21 ปีขึ้นไป

**เมืองไทยประกันชีวิต**  
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลข อนุญาตประกอบกิจการ 10319 | Muang Thai Life Assurance PCL  
210 Souththoson Road, Souththoson, Bangkok 10319 | Telephone: 010753300048  
Fax: +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2274 1025 | Email: mtl@mtl.co.th

เลข อนุญาตประกอบกิจการ 10319 | Muang Thai Life Assurance PCL  
210 Souththoson Road, Souththoson, Bangkok 10319 | Telephone: 010753300048  
Fax: +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2274 1025 | Email: mtl@mtl.co.th

CLIENT NO. 010753300048

ชื่อตำแหน่ง/นามหน้า: บริษัท อีซีซี จำกัด  
ใบอนุญาตเลขที่: 700678  
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่: \_\_\_\_\_  
ตราธรรม์ประกันชีวิตเลขที่: \_\_\_\_\_

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้เอาประกันชีวิตคือคนที่มีสุขภาพดีและเป็นโรคที่กรมการแพทย์ได้ตั้งชื่อโรค  
อาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน  
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีค่าถามสุขภาพอย่างละเอียด แบบที่ 1

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย (ภาษาไทย) นางสาวรัชต์เดช เฒ่าสีหะ  
(ภาษาอังกฤษ) MISS MASSALEN TEERAKATANABOVORN

ชื่อและนามสกุลเดิม นางสาวรัชต์เดช เฒ่าสีหะ  
เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อายุ 34 ปี เกิดวันที่ 30 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2527  
เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ 11102001118118118118 วันหมดอายุ 29 ตุลาคม 2561  
 หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_  
 ทะเบียนบ้าน เลขที่ \_\_\_\_\_

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

ที่อยู่และที่ทำงาน

1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
บ้านเลขที่ 432-241 หมู่บ้าน/อาคาร บึงสาละห์  
หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย บึงสาละห์ 79 ถนน บึงสาละห์  
แขวง/ตำบล บึงสาละห์ เขต/อำเภอ บึงสาละห์  
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10140  
โทรศัพท์บ้าน 02-8721158

2 สถานที่ทำงาน บึงสาละห์  
อาคาร B ชั้น 5 เลขที่ 250 หมู่ที่ -  
ตรอก/ซอย - ถนน บึงสาละห์  
แขวง/ตำบล บึงสาละห์ เขต/อำเภอ บึงสาละห์  
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10310  
โทรศัพท์บ้าน 02-2749400 ถึง 2244

3 ข้อมูลการติดต่อ  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
 สถานที่ทำงาน  
 ที่อยู่ปัจจุบัน

4 การรับกรมธรรม์ประกันภัยโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์  
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในรับข้อตกลงกรมธรรม์ประกันภัยโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนการรับเอกสาร และจัดส่งกรมธรรม์ไปยัง  
ระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่จะอยู่ในข้อมูลการติดต่อ  
(กรณีไม่ทราบประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลที่จะไปได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งแบบเอกสารใน  
ใบที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่จะอยู่ในคำขอ)

5 อาชีพประจำ พนักงานบริษัท  
ตำแหน่ง ผู้จัดการอาวุโส ลักษณะงานที่ทำ บริหารงาน  
ลักษณะธุรกิจ บริษัท  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

6 ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)  
บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล \_\_\_\_\_  
อำเภอ \_\_\_\_\_  
จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
ประเทศ \_\_\_\_\_

7 ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  อื่นๆไประบุ  
บ้านเลขที่ 31059 หมู่บ้าน/อาคาร บึงสาละห์  
หมู่ที่ - ตรอก/ซอย บึงสาละห์ 76 ถนน บึงสาละห์  
แขวง/ตำบล บึงสาละห์ เขต/อำเภอ บึงสาละห์  
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10290  
โทรศัพท์บ้าน 02-4283917


8 ข้อมูลการติดต่อ  
การติดต่ออย่างง่ายในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย  
โทรศัพท์มือถือ 081128502681  
อีเมล massalen\_t@muangthai.co.th

2-02-05-2385

\*\* แบบประกัน 99/20, 10/6, 14/7, 20/14, 8501 ดี 60, รีไทม์เมนท์ พลัส 60


# ใบคำขอเอาประกันชีวิต (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

2-03-05-2395 (ทุกช่วงอายุ)



**เมืองไทยประกันชีวิต**  
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขทะเบียนบริษัท: 231 (บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เลขที่ 10131) 231 (M Thailand Life Insurance, Bangkok) 10131  
เบอร์โทร: 010753300406  
โทร: 02-278-9435, 44-02-278-1023 แฟกซ์: 02-278-1934, 44-02-278-1934 [muangthai.co.th](http://muangthai.co.th)

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่:  M 61590013211

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่: \_\_\_\_\_  
CLIENT NO. \_\_\_\_\_

ชื่อตัวแทน/นายหน้า: นพวิทย์ ธีระวัฒน์  
ใบอนุญาตเลขที่: รหัสตัวแทน/นายหน้า 200678  
ชื่อสาขา: \_\_\_\_\_ รหัสสาขา: \_\_\_\_\_

คำอธิบายของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อการปกปิดหรือเท็จใดๆ  
อาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน  
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ แบบที่ 1

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย (ภาษาไทย) นางสาวณิชา ธีระวัฒน์  
(ภาษาอังกฤษ) MISS MASALIN THEEKARATANABOVORN

ชื่อและนามสกุลเดิม นางสาวณิชา ธีระวัฒน์  
เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อายุ 34 ปี เกิดวันที่ 30 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2527  
เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ 1110200111185999 วันหมดอายุ 29 กันยายน 2561  
 หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_  
 ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

สถานภาพ  โสด  สมรส  นanny  หม่า  
2 ที่อยู่และที่ทำงาน


2.1 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
บ้านเลขที่ 432241 หมู่บ้าน/อาคาร บม.วิเศษนคร  
หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย บึงสาบ 76 ถนน บึงสาบ  
แขวง/ตำบล บึงสาบ เขต/อำเภอ บึงสาบ  
จังหวัด ฉะเชิงเทรา รหัสไปรษณีย์ 10140  
โทรศัพท์บ้าน 02-8721158

2.2 สถานที่ทำงาน บม.เมืองไทยประกันชีวิต  
อาคาร B ชั้น 6 เลขที่ 250 หมู่ที่ -  
ตรอก/ซอย - ถนน วิเศษนคร  
แขวง/ตำบล บึงสาบ เขต/อำเภอ บึงสาบ  
จังหวัด ฉะเชิงเทรา รหัสไปรษณีย์ 10310  
โทรศัพท์ที่ทำงาน \_\_\_\_\_

3 สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร  
 ที่อยู่อาศัย/ทะเบียนบ้าน  
 สถานที่ทำงาน  
 ที่อยู่ปัจจุบัน

4 การรับกรมธรรม์ประกันภัยโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์  
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนส่งกรมธรรม์ และจัดส่งกรมธรรม์ไปยัง  
ระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ  
(กรณีไม่ระบุความประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลระบุไว้ได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเป็นเอกสารแทน  
ให้แก่ท่านตามที่ระบุ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอ)  
(กรณีผู้เอาประกันภัย มีใบบรรทัดชำระ (ผู้ขาย) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการติดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลระบุไว้ในส่วนที่ 2 เท่านั้น)

5 อาชีพประจำ พนักงานบริษัท อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การตลาด ลักษณะงานที่ทำ ขายและดูแล ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
ลักษณะธุรกิจ บริษัทชีวิต ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

  
2-03-05-2395  
3/2018  
01/08/2018

**\*\* เฉพาะแบบประกัน แอปปี เซฟวิง 10/5 เท่านั้น \*\***

เมืองไทย สมาร์ท โพรเทคชั่น 99/20

แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

เลขพ. นว.สารวมมีเงิน ๑๖,๖๖๖.๐๐ บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัย ๑,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท

ระยะเวลาเอาประกันภัย ๑๖ ปี

ระยะเวลาชำระเบี้ยประกัน ๑๖ ปี



หมายเหตุ : - ผู้เอาประกันภัยสามารถเลือกซื้อ % ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ณ วันที่เริ่มสัญญา

- เมื่อประกันชีวิตของแผนประกันชีวิตนี้ สมบูรณ์ นำไปใช้สิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไข ได้ทุกประการ แต่ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ % ที่ผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อ

ตารางแสดงผลประโยชน์รวมตลอดอายุ

ปีกรมธรรม์	เบี้ยประกันตลอดปี (๗ สัปดาห์แรก)	ผลประโยชน์ (๗ สัปดาห์แรก)		จำนวนเงินเอาประกันภัย (จำนวนเงินเอาประกันภัย)		เงินส่งคืนประกันตลอดปี (๗ สัปดาห์แรก)
		%	จำนวนเงิน (บาท)	%	จำนวนเงิน (บาท)	
1	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	-
2	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	6,000.00
3	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	11,000.00
4	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	16,000.00
5	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	21,000.00
6	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	26,000.00
7	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	31,000.00
8	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	36,000.00
9	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	41,000.00
10	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	46,000.00
11	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	51,000.00
12	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	56,000.00
13	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	61,000.00
14	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	66,000.00
15	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	71,000.00
16	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	76,000.00
17	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	81,000.00
18	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	86,000.00
19	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	91,000.00
20	17,900.00	-	-	100%	1,000,000.00	96,000.00
21 - ระยะเวลา ๑๖ ปี	-	-	-	100%	1,000,000.00	344,000.00 ถึง ๑,๖๖๖,๐๐๐.๐๐ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางผลประโยชน์)
รวมอายุ ๑๖ ปี	-	100 %	1,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	100%	1,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	1,๐๐๐,๐๐๐.๐๐
รวมทั้งสิ้น	๖๖๖,๐๐๐.๐๐	100 %	1,๐๐๐,๐๐๐.๐๐			

เบี้ยประกันชีวิต แบบประกันมีเงินออม เมืองไทย โพรเทคชั่น ๙๙/๒๐ 17,900.00 บาท

เบี้ยประกันชีวิตตลอดปี 17,900.00 บาท

ผลประโยชน์รวมตลอดอายุ 1,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท

รวมเบี้ยประกันชีวิตรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท



ท่านสามารถตรวจสอบใบกรมธรรม์ฉบับจริงได้ที่สำนักงานเมืองไทยประกันภัย โทร. ๑๖๖-๐๐๐๐

ผลประโยชน์ที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ % ที่ผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อ

และเมื่อผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันครบถ้วนแล้วจะได้รับเงินคืนตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ฉบับจริง

จำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยได้รับจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ % ที่ผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อ และเมื่อผู้เอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันครบถ้วนแล้วจะได้รับเงินคืนตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ฉบับจริง

ผู้เอาประกันภัยสามารถเลือกซื้อ % ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ณ วันที่เริ่มสัญญา

เมืองไทย สมาร์ท โพรเทคชั่น 99/20

ขอเสนอความคุ้มครองชีวิต และสุขภาพแก่ท่าน

ท่านแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต **มัลลีน พิชิตนภพร**

เลขพ. นว.สารวมมีเงิน **ที่บริษัทเลข 35 ปี**

เบี้ยประกัน / จำนวนเงินเอาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย
1. เบี้ยประกันชีวิต	17,900.00 บาท / 1,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท
2. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม สบประโชติการกรมเงินเบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม	290.00 บาท / 1,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท
3. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม สบประโชติการผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิต	- บาท
4. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล	- บาท
5. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล	- บาท
5.1 ประกันภัยสุขภาพ แบบ แยกค่าใช้จ่าย	- บาท
5.2 ประกันภัยสุขภาพ แบบ 30 ปี	- บาท
5.3 ประกันภัยสุขภาพ แบบ เหล่าอาชญากรรม	- บาท
5.4 ประกันภัยสุขภาพ แบบ เอ็กส์ตรี เบลี่	- บาท
5.4.1 โครงการเอ็กส์ตรี เบลี่	- บาท
5.4.2 โครงการเอ็กส์ตรี เบลี่ พลัส	- บาท
5.5 ประกันภัยสุขภาพ แบบ สมาร์ท เซอร์วิส	- บาท
5.6 ประกันภัยสุขภาพ แบบ โพลีเฟล็กซ์	- บาท
- นักทดสอบการบริการภาษาบาลีสู่ประเทศไทย (OPD)	- บาท
5.7. ประกันภัยสุขภาพ แบบ อีที เอช 1 ที่สำนักงานคุ้มครองสุขภาพประเทศไทย	25,๒46.00 บาท
6. เบี้ยประกันชีวิตสุขภาพทางไกล	79,000.00 บาท
7. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม ภาวะโหรอเวลา	- บาท / - บาท
8. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม ภาวะโหรอเวลา	- บาท / - บาท
9. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม ภาวะโหรอเวลา	- บาท / - บาท
10. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม การประกันภัยสุขภาพการชดเชย	- บาท / - บาท
11. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม การประกันภัยสุขภาพการชดเชย	- บาท / - บาท
12. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม แบบอี เอช 1	- บาท / - บาท
13. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม แบบอี พลัส	- บาท / - บาท
14. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม แบบอี ซีเอส	- บาท / - บาท
15. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม ความคุ้มครองโรคมะเร็ง	- บาท / - บาท
16. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม เบิกค่า แพคเกจ	- บาท / - บาท
17. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม มัลติเทค ซีเอส	- บาท / - บาท
18. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายในการคุ้มครอง	- บาท
19. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม สุขภาพการชดเชย	- บาท
20. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม ซีเอส (เอช) เบลี่	- บาท / - บาท
21. เบี้ยประกันชีวิตของสัญญาเพิ่มเติม ความคุ้มครองโรคมะเร็ง	- บาท / - บาท
รวมเบี้ยประกันชีวิตทั้งสิ้น	43,436.00 บาท

รวมเบี้ยประกันชีวิตและวิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต 17,900.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยเพิ่มเติม 25,536.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวม 1,000,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 1,000,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมตลอดอายุ 666,000.00 บาท

# แบบฟอร์มการชำระเงิน Bill Payment (เช็ค/เงินสด)

- สำหรับ **ชำระเงินค่าเบี้ยประกันงวดแรก**
- **เพื่อเข้าบัญชี**

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี 089-1-09977-0

- แบบฟอร์มการชำระเงิน Bill Payment มีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้
  1. สำหรับธนาคาร
  2. สำหรับบริษัท
  3. สำหรับลูกค้า
- **\*\*ทั้งนี้ นำเอกสารสำหรับบริษัท เพื่อนำส่งสำนักงาน**

สำนักงานตรา FOR BANK  
(ตราธนาคาร/บริษัท)

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่านธนาคาร เพื่อชำระเบี้ยประกัน  
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

บมจ. ธนาคารกสิกรไทย  
เลขที่บัญชี 089-1-09977-0

วันที่ / Date 23/6/2562 สาขาผู้รับฝาก / Branch เมืองไทยประกันชีวิต  
 ชื่อ - นามสกุลผู้ฝากประกัน (NAME) นางสาวกัญญา ช่างนิพนธ์

Ref.No.1        
(ID Code)

Ref.No.2             
(เลขที่ใบคำขอชำระเงิน 11 หลัก)

หมายเลข / Chq. No.	เช็คลงวันที่ / Date	ชื่อบริษัท / สาขา Branch	จำนวนเงิน / Amount	ส่วนรับเข้าบัญชี
<input checked="" type="checkbox"/> เงินสด / Cash	จำนวนเงินเป็นตัวเลข	ส่งผ่านสาขาที่มีสถานะยังงอกอยู่	43,436.-	ผู้รับเงิน

คำแนะนำในการชำระเบี้ยประกันกับธนาคารโดยอัตโนมัติ  
 กรณีชำระด้วยเช็ค บริษัทจะชี้แจงการชำระเงินเมื่อสมบูรณ์โดยมีธนาคารเรียกเก็บเงินตามเช็คได้  
 ธนาคารจะรับเช็ค เลขที่ที่อยู่ในเขตสำนักบัญชีเดียวกันเท่านั้น

**หมายเหตุ:** เอกสารฉบับนี้เป็นใบรับเงินชั่วคราว ทั้งนี้ เฉพาะกรณีประกันชีวิตประเภทสามัญเท่านั้นที่ผู้เอาประกันภัยจะได้รับเงินคุ้มครองตามเงื่อนไขมาตรฐาน  
 ของบริษัทนี้ชั่วคราวของชีวิต ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้

**เงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว (สำหรับบริษัทประกันชีวิตเท่านั้น)**

**1. วันที่เงินต้นและคืนสุดตามคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราว**

**1.1 กรณีที่ไม่ได้ส่งตรวจสุขภาพ และไม่มีเหตุจู่โจม** จะเริ่มคุ้มครอง ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยส่งเอกสารเมื่อเขียนใบคำขอเอาประกันชีวิต และค่าเบี้ยประกันชีวิตและหรือ  
 ผู้มีอำนาจชำระเบี้ยประกันกับพนักงานบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นต้นตล เด็ด หรือตราสารอื่นๆ ที่เรียกเก็บเงินได้ทันทีโดยไม่มี  
 ใดๆสุดแล้วในวันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด โดยบริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันชีวิตให้เริ่มมีผลคุ้มครองวันเดียวกับวันเริ่มคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้

เมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัย ความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นอันสิ้นสุด

**2.1 กรณีที่ไม่ได้ส่งตรวจสุขภาพ แต่มีวินาศภัยเกิดขึ้นหรือต้องตรวจสุขภาพเพิ่มเติม** แบ่งเป็น

ก) บริษัทประกันชีวิตได้ โดยคิดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เกินมาตรฐาน จะเริ่มคุ้มครอง ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยส่งเอกสารเมื่อเขียนใบคำขอเอาประกันชีวิตและค่าเบี้ยประกัน  
 ชีวิตและหรือผู้มีอำนาจชำระเบี้ยประกันกับพนักงานบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นต้นตล เด็ด หรือตราสารอื่นๆ ที่เรียกเก็บเงิน  
 ได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไข สุดแล้วในวันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด โดยบริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันชีวิตให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาที่บริษัทและหรือตัวแทนประกันชีวิตได้รับเงิน  
 เพิ่ม หรือวันที่ผู้เอาประกันภัยตรวจสุขภาพ

เมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัย ความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นอันสิ้นสุด

ข) บริษัทประกันชีวิตได้ โดยคิดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เกินมาตรฐาน หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย ใบรับเงินชั่วคราวนี้จะเริ่มคุ้มครอง ณ เวลาที่  
 ผู้เอาประกันภัยส่งเอกสารเมื่อเขียนใบคำขอเอาประกันชีวิต และค่าเบี้ยประกันชีวิตและหรือผู้มีอำนาจชำระเบี้ยประกันกับพนักงานบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันตามจำนวนที่ระบุ  
 ไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นต้นตล เด็ด หรือตราสารอื่นๆ ที่เรียกเก็บเงินได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไข สุดแล้วในวันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด และเวลาคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้จะ  
 สิ้นสุด ณ เวลาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับค่าผลประโยชน์

หากผู้เอาประกันภัยตกลงรับค่าผลประโยชน์ของชีวิต บริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันชีวิตให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือบริษัทได้รับค่าผลประโยชน์  
 จากผู้เอาประกันภัย

**3.1 กรณีที่ต้องตรวจสุขภาพ** ใบรับเงินชั่วคราวเป็นเพียงหลักฐานการรับประกันภัยประกันชีวิต ไม่ได้มีความคุ้มครองใดๆ เกิดขึ้น แต่ความคุ้มครองจะเกิดขึ้นตามกรมธรรม์ประกันภัย  
 ที่บริษัทออกให้ โดยทางตรวจสุขภาพ กรณีบริษัทเรียกให้ตรวจสุขภาพ หรือรับเอกสารตรวจสุขภาพ กรณีผู้เอาประกันภัยมีข้อมูลสุขภาพแล้ว

ก) บริษัทประกันชีวิตได้ โดยคิดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เกินมาตรฐาน บริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันชีวิตโดยให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาที่ตรวจสุขภาพหรือพิธีเปิดเอกสารตรวจ  
 สุขภาพ

ข) บริษัทประกันชีวิตได้ โดยคิดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เกินมาตรฐาน หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย หากผู้เอาประกันภัย ตกลงรับค่าผลประโยชน์  
 ของบริษัท บริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันชีวิตโดยให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาที่ตัวแทนประกันชีวิตหรือบริษัทได้รับค่าผลประโยชน์จากผู้เอาประกันภัย

ทั้งนี้กรณีที่มีบริษัทนำเอาประกันชีวิตได้ด้วยเหตุผลของการพิจารณาประกันภัย หรือด้วยข้อจำกัดของกฎหมาย จะไม่มีความคุ้มครองใดๆ ตามใบรับเงินชั่วคราวนี้ โดย  
 บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้เอาประกันภัย



# แบบฟอร์มการชำระเงิน Mail Order (บัตรเครดิต)

• สำหรับชำระเงินค่าเบี้ยประกันงวดแรก

เมืองไทยประกันชีวิต MUANG THAI LIFE ASSURANCE

สำหรับบริษัท

### หนังสือยินยอมชำระค่าเบี้ยประกันผ่านบัตรเครดิต

สำหรับการชำระเบี้ยประกันภัย เพียงครั้งเดียว

วันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า นางสาวกชวิมล พิรกิจภว เป็นผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยกับ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามในค่าของเอาประกันภัยชีวิต / สัญญาประกันภัยเลขที่ 62350087375 มีความประสงค์ขอชำระเบี้ยประกันภัยปีที่ / งวดที่ 1 โดยยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิตโดยอัตโนมัติหรือบริษัทผู้ออกบัตร K.Bank จำนวนเงิน 43,436 บาท ( สี่หมื่นสามพันสี่ร้อยสามสิบบาทถ้วน )

ผ่านระบบ  EDC  Mail Order  mPos  Smart Pay (เมื่อชำระด้วยบัตรผ่านบัตรเครดิตธนาคารกสิกรไทย ในอัตราดอกเบี้ย 0% เป็นระยะเวลา ..... เดือน)

ประเภทบัตร  VISA  Master Card  AMEX  Diners  JCB  Union Pay

เลขที่บัตร 439111111111111111111111111111 บัตรหมดอายุ 06 / 24

ชื่อเจ้าของบัตรเครดิต นางสาวกชวิมล พิรกิจภว หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 081-2850261

เกี่ยวข้องกับผู้ออกประกันภัย / ผู้เอาประกันภัยโดยเงิน  บุคคลเดียวกัน  บุคคลอื่นชำระแทน (โปรดระบุความสัมพันธ์)

ข้าพเจ้า (“ผู้ออกประกันภัย” / “ผู้เอาประกันภัย”) และเจ้าของบัตรเครดิต รับทราบและตกลงว่า

- หากเกิดกรณีจำนวนเงินเบี้ยประกันภัยชำระสูงกว่าอัตราที่บริษัท เรียกเก็บ หรือมีกรณีกับบริษัท จะต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยที่ชำระ ซึ่งตามเงื่อนไขของกรมธรรม์หรือกฎหมาย กำหนดให้บริษัท ต้องคืนเงินเบี้ยประกันภัยดังกล่าวให้กับผู้ออกประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย แต่หากกรณี ข้าพเจ้า ตกลงให้บริษัท คืนจำนวนเงินดังกล่าว เข้าบัญชีบัตรเครดิตของ นางสาวกชวิมล พิรกิจภว เลขที่ดังกล่าวข้างต้น ผ่าน บมจ.ธนาคารกสิกรไทย ในกรณีดังต่อไปนี้
  - ข้าพเจ้ายกเลิกการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยกับบริษัท
  - ข้าพเจ้ายกเลิกการขอเอาประกันภัยและเงินค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัท
  - ข้าพเจ้าใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์และเงินค่าเบี้ยประกันภัยคืนจากบริษัท
  - บริษัท ปฏิเสธหรือเลื่อนการรับประกันภัยกับข้าพเจ้า
  - บริษัท บอกล่างสัญญาประกันภัยในขณะที่ใช้ข้าพเจ้ายังมีชีวิตอยู่
- การชำระเบี้ยประกันภัยแทนผู้ออกประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย นี้ ไม่ส่งผลให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและใช้สิทธิในการกรมธรรม์ และไม่ใช้สิทธิในการรับเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่ซื้อ สิทธิดังกล่าวยังคงเป็นของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์กรมธรรม์เท่าที่
- ในกรณีที่มีการยกเลิกการรับประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระดอกเบี้ยค่าที่แบ่งผ่อนชำระอัตโนมัติให้แก่ธนาคารจนครบถ้วน และให้นำยอดคงค้างชำระเข้ารวมเป็นยอดเงินบัญชีบัตรเครดิตได้ทันที

ลงชื่อ M. ลงชื่อ M.

เจ้าของบัตรเครดิต/ผู้ให้ความยินยอม (ลายเซ็นตามตัวอย่างที่ให้ในใบนี้) ผู้เอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย

กรุณาแนบ สำเนาบัตรเครดิต และโปรดเรียกเก็บใบรับเงินชั่วคราวจากตัวแทนของบริษัท

หมายเหตุ : การใช้บัตรเครดิตของบุคคลอื่นเพื่อชำระเบี้ยประกันภัย บริษัท จะชำระเฉพาะบัตรเครดิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้เอาประกันภัยที่แนบสกุลเดียวกันเท่านั้น กรณีคนละนามสกุลกัน ต้องแสดงเอกสารพิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน หรือหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลฯ เป็นต้น

**\* กรณีใช้บัตรเครดิตบุคคลอื่น ชำระค่าเบี้ยประกัน (จะต้องมีความสัมพันธ์กัน 16 สายสัมพันธ์ ดังนี้**

1.บิดา	2.มารดา	3.สามี	4.ภรรยา
5.บุตร	6.ปู่	7.ย่า	8.ตา
9.ยาย	10.ลุง	11.ป้า	12.น้า
13.อา	14.หลาน	15.พี่	16.น้อง

**\*\* เงื่อนไขการแนบเอกสาร กรณีผู้ถือบัตรเครดิต และผู้ขอเอาประกันภัย เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ แต่คนละนามสกุล ต้องแสดงเอกสาร พิสูจน์ความสัมพันธ์ เช่น**

- สำเนาทะเบียนบ้าน
- หนังสือแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล
- ใบสำคัญการสมรส
- สูติบัตร





1. หลักเกณฑ์การรับประกันโดยไม่ตรวจสอบสุขภาพและหลักเกณฑ์การตรวจ Anti-HIV ในกรณีที่ทุนประกันไม่เกิน NML แบบประกันประเภทที่ไม่ใช้ในการค้ำประกันเงินกู้ (Non Credit Plan – NCP) ที่ขายผ่านทุกช่องทาง  
 หลักเกณฑ์การรับประกันโดยไม่ตรวจสอบสุขภาพและหลักเกณฑ์การตรวจ Anti-HIV ในกรณีที่ทุนประกันไม่เกิน NML เป็นดังนี้

NML	อายุที่ทำประกัน(ปี)			การตรวจ Anti-HIV ในพื้นที่ 9 จังหวัด
	0 - 45	46 - 55	56 - 70	
NML	5,500,000	3,500,000	1,500,000	ตรวจเมื่อทุนประกันเกิน 3,000,000 บาท

- ผู้ขอเอาประกันที่อยู่นอกพื้นที่ 9 จังหวัด ไม่ต้องตรวจ Anti-HIV สำหรับทุนประกันที่ไม่เกิน NML ข้างต้น
- ในทุกกรณี บริษัทสงวนสิทธิ์ในการขอผลตรวจสุขภาพ และ/หรือ ผลตรวจ Anti-HIV ในรายที่บริษัทเห็นสมควร

2. หลักเกณฑ์การตรวจสุขภาพและหลักเกณฑ์การตรวจ Anti-HIV สำหรับทุนประกันที่เกิน NML กรณีที่ทุนประกันรวมเกิน NML ให้ใช้หลักเกณฑ์ตามตารางต่อไปนี้

ทุนประกัน (บาท)	อายุที่ทำประกัน(ปี)					
	0	1 - 15	16 - 45	46 - 55	56 - 65	66 - 80
ไม่เกิน 2,000,000	ME	ME	ME	ME	ME	ME ECG
2,000,001 - 3,000,000	ME	ME	ME	ME	ME ECG	ME ECG
3,000,001 - 5,000,000	ME	ME	ME HIV	ME HIV ECG BP	ME HIV ECG BP	ME HIV ECG BP
5,000,001 - 8,000,000		ME HIV	ME HIV BP	ME HIV ECG BP	ME HIV ECG BP	ME HIV ECG BP CXR
8,000,001 - 10,000,000		ME HIV	ME HIV BP	ME HIV ECG BP APS	ME HIV ECG BP CXR APS	ME HIV MU ECG BP CXR APS
10,000,001 - 15,000,000		ME HIV เฉพาะอายุ 7 - 15 ปี*	ME HIV ECG BP	ME HIV ECG BP APS	ME HIV ECG BP CXR APS	ME HIV MU TMX BP CXR APS
มากกว่า 15,000,000			ME HIV ECG BP APS	ME HIV TMX BP APS	ME HIV TMX BP CXR APS	ME HIV MU TMX BP CXR APS

หมายเหตุ

เด็กอายุ 7-15 ปี สามารถทำทุนประกันได้ถึง 15,000,000 บาท โดยบิดาหรือมารดาและพี่น้องทุกคนต้องมีประกันในทุนประกันที่เท่ากันหรือมากกว่า บริษัทสงวนสิทธิที่จะขอตรวจสุขภาพ และ/หรือ ขอเอกสารเพิ่มเติม

3. หลักเกณฑ์การขอเอกสารทางการเงิน

3.1 การขอเอาประกันที่ไม่ใช้ในการค้ำประกันเงินกู้

- ทุนประกันตั้งแต่ 15,000,001 บาท : แบบสอบถามสถานะทางการเงิน (LAQ) ของผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง
- ทุนประกันตั้งแต่ 20,000,001 บาท : Bank Statement ย้อนหลัง 6 เดือน / จบชุดและงบกำไรขาดทุน ย้อนหลัง 3 ปี (กรณีเป็นเจ้าของกิจการ) ของผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ปกครอง

3.2 การขอเอาประกันที่ใช้ในการค้ำประกันเงินกู้ : เป็น ไปตามข้อตกลงที่ทำกับแต่ละสถาบันที่ให้สินเชื่อ

บริษัทสงวนสิทธิที่จะขอเอกสารเพิ่มเติม

# หลักเกณฑ์การขายประกันสุขภาพ

หลักเกณฑ์สิทธิการขายกลุ่มสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพสำหรับตัวแทน กลุ่มที่ 1, กลุ่มที่ 2 และ กลุ่มที่ 3

เอกสารแนบคำสั่งที่ ...../2562

สัญญาเพิ่มเติมสุขภาพแบ่งเป็น 2 ประเภท

เริ่มใช้วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562

- ประเภท 1 ต้องใช้ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงในการเคลม แบ่งเป็น 2 ประเภทย่อย ซึ่งสามารถซื้อได้ทั้ง 2 ประเภทพร้อมกันตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยในแต่ละประเภทย่อยประกอบด้วยสัญญาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้
- ประเภท 1.1 - สุขภาพแบบแยกค่าใช้จ่าย/ตะกาศสุขภาพแบบแยกค่าใช้จ่าย/สุขภาพแบบวีไอพี/สุขภาพแบบเหมาจ่าย/สุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ (สุขภาพแบบ เอ็กซ์ตรา แคร์ ผู้เอาประกันสามารถซื้อได้เพียง 1 แผนความคุ้มครองเท่านั้น )
  - ประเภท 1.2 - สุขภาพแบบ สมาร์ทเฮลท์ /สุขภาพแบบ ไดมอนด์แคร์
- ประเภท 2 ไม่ต้องใช้ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงในการเคลม ได้แก่สัญญาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้
- สุขภาพแบบวงเงินแน่นอน/ตะกาศสุขภาพแบบวงเงินแน่นอน/สุขภาพเด็กเล็ก(0-5 ปี)/แอปปี คิด้ส์

ผู้ขอเอาประกันไม่ควรซื้อสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพประเภท 1 มากเกินความจำเป็น เนื่องจากสินไหมที่สามารถเบิกได้จะไม่เกินจำนวนเงินที่จ่ายจริงตามใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเท่านั้น

## 1. สำหรับผู้ขอเอาประกันอายุ 30 วัน ถึง 5 ปี

เอกสารแนบ 2

ทุนประกันภัย (บาท)	กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2			กลุ่มที่ 3					
	ชื่อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ชื่อควบสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ชื่อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ชื่อควบสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ชื่อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ชื่อควบสุขภาพประเภท1 และประเภท2
	<b>ประเภท1.1</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท1.2</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท 2</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1:</b> ตามเกณฑ์เดิม <b>ประเภท2:</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1.1</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท1.2</b> จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	<b>ประเภท 2</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1:</b> ตามเกณฑ์เดิม <b>ประเภท2:</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1.1</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท1.2</b> จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	<b>ประเภท 2</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1:</b> ตามเกณฑ์เดิม <b>ประเภท2:</b> จำกัดแบบสูงสุด
100,000 - 199,999	2500	2000	1500	-	-	-	-	-	-	-	-	-
200,000 - 399,999	2500	2000	1500	-	-	-	-	-	-	-	-	-
400,000 - 999,999	4000	4000	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1,000,000 ขึ้นไป	4000	10000	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ : โปรดดูอายุค่าสูงสุดและสูงสุดที่รับประกันในแต่ละสัญญาด้วย

## 2. สำหรับผู้ขอเอาประกันอายุ 6 - 15 ปี

ทุนประกันภัย (บาท)	กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2			กลุ่มที่ 3					
	ชื่อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ชื่อควบสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ชื่อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ชื่อควบสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ชื่อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ชื่อควบสุขภาพประเภท1 และประเภท2
	<b>ประเภท1.1</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท1.2</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท 2</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1:</b> ตามเกณฑ์เดิม <b>ประเภท2:</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1.1</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท1.2</b> จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	<b>ประเภท 2</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1:</b> ตามเกณฑ์เดิม <b>ประเภท2:</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1.1</b> จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	<b>ประเภท1.2</b> จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	<b>ประเภท 2</b> จำกัดแบบสูงสุด	<b>ประเภท1:</b> ตามเกณฑ์เดิม <b>ประเภท2:</b> จำกัดแบบสูงสุด
100,000 - 199,999	4000	2000	2000	-	4000	2000	2000	-	4000	2000	2000	-
200,000 - 399,999	5000	4000	2500	-	5000	4000	2500	-	5000	4000	2500	-
400,000 - 999,999	8000	10000	3000	-	8000	10000	3000	-	8000	10000	3000	-
1,000,000 ขึ้นไป	8000	10000	3500	-	8000	10000	3500	-	8000	10000	3500	-

หมายเหตุ : โปรดดูอายุค่าสูงสุดและสูงสุดที่รับประกันในแต่ละสัญญาด้วย

# หลักเกณฑ์การขายประกันสุขภาพ

### 3. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 16 - 64 ปี

ทุนประกันภัย (บาท)	กลุ่มที่ 1				กลุ่มที่ 2				กลุ่มที่ 3			
	ข้อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ข้อสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ข้อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ข้อสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ข้อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ข้อสุขภาพประเภท1 และประเภท2
	ประเภท1.1 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท1.2 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท 2 จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1- ตามเกณฑ์เดิม ประเภท2: จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1.1 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท1.2 จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	ประเภท 2 จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1: ตามเกณฑ์เดิม ประเภท2: จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1.1 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท1.2 จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	ประเภท 2 จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1: ตามเกณฑ์เดิม ประเภท2: จำกัดแบบสูงสุด
50,000 - 199,999	5000	4000	4000	3000	5000	4000	4000	3000	5000	4000	4000	-
200,000 - 399,999	10000	6000	5000	4000	10000	6000	5000	4000	10000	6000	5000	-
400,000 - 499,999	10000	10000	6000	5000	10000	10000	6000	5000	10000	10000	6000	-
500,000 - 999,999	15000	10000	8000	7000	15000	10000	8000	7000	15000	10000	8000	-
1,000,000 ขึ้นไป	25000	10000	10000	8000	25000	10000	10000	8000	25000	10000	10000	-

### 4. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุ 65-70 ปี

เอกสารแนบ 2

ทุนประกันภัย (บาท)	กลุ่มที่ 1				กลุ่มที่ 2				กลุ่มที่ 3			
	ข้อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ข้อสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ข้อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ข้อสุขภาพประเภท1 และประเภท2	ข้อสุขภาพประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เพียงประเภทเดียว			ข้อสุขภาพประเภท1 และประเภท2
	ประเภท1.1 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท1.2 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท 2 จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1: ตามเกณฑ์เดิม ประเภท2: จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1.1 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท1.2 จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	ประเภท 2 จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1: ตามเกณฑ์เดิม ประเภท2: จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1.1 จำกัดค่าห้องสูงสุด รวมทุกแบบ	ประเภท1.2 จำกัดค่าห้อง สูงสุดรวมทุกแบบ	ประเภท 2 จำกัดแบบสูงสุด	ประเภท1: ตามเกณฑ์เดิม ประเภท2: จำกัดแบบสูงสุด
50,000 - 199,999	5000	4000	-	-	5000	4000	-	-	5000	4000	-	-
200,000 - 399,999	10000	6000	-	-	10000	6000	-	-	10000	6000	-	-
400,000 - 499,999	10000	10000	-	-	10000	10000	-	-	10000	10000	-	-
500,000 - 999,999	15000	10000	-	-	15000	10000	-	-	15000	10000	-	-
1,000,000 ขึ้นไป	25000	10000	-	-	25000	10000	-	-	25000	10000	-	-

หมายเหตุ : โปรดดูอายุค่าห้องและสูงสุดที่รับประกันในแต่ละสัญญาด้วย

### หลักเกณฑ์สิทธิการขยายสัญญาเพิ่มเงินสุขภาพกลุ่มที่ 4

บริษัทพิจารณาหลักการขยายสุขภาพชั่วคราว แต่จะอนุมัติให้ขยายได้ เฉพาะสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพแบบวงเงินแน่นอน สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุ 6 - 64 ปีเท่านั้น ตามตารางดังต่อไปนี้

ทุนประกันภัย (บาท)	อายุผู้ขอเอาประกันภัย	
	6 - 15 ปี	16 - 64 ปี
50,000 - 99,999	-	4000
100,000 - 199,999	2000	5000
200,000 - 399,999	2500	6000
400,000 - 499,999	3000	8000
500,000 - 999,999	3500	10000
1,000,000 ขึ้นไป	3500	10000





# ตัวอย่าง..การกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต

## \*ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด 2-02-05-2385 (อายุ 21 ปีขึ้นไป)

15 ท่านเคยได้รับการตั้งชื่อสิ่งใด หรือการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

ไม่เคย  เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง       | <input type="checkbox"/> โรคมีดบาด/โรคมีพิษบาด      | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจล้มเหลว   | <input type="checkbox"/> โรคชัก               |
| <input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม          | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง         | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ          | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด         |
| <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ      | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน                 | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด  | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร |
| <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี   | <input type="checkbox"/> โรคพิษซางาเรียว            | <input type="checkbox"/> โรคไต             | <input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง           |
| <input type="checkbox"/> โรคไตบ่อน้ำคั่ง          | <input type="checkbox"/> โรคไต                      | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ      | <input type="checkbox"/> วัณโรค               |
| <input type="checkbox"/> โรคนิ่ว                  | <input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง              | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์    | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์            |
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน               | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ                   | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์    | <input type="checkbox"/> โรคออสเทีย           |
| <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ | <input type="checkbox"/> โรคกระดูกพรุน              | <input type="checkbox"/> โรคจิต            | <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า          |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดหัวใจ        | <input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง (ภายใน 2 ปี) | <input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย   | <input type="checkbox"/> โรคเลือด             |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด                | <input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง              | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อ          |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งชื่อสิ่งใดโดยแพทย์)	การรักษาและการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

16 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ด้วยการเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่?

ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ชื่อสิ่งใดโดยแพทย์
ตรวจสุขภาพประจำปี	2562	พ.สว.บพ	ปกติ	

17 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด ได้รับคำปรึกษา/การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ระบุไว้ในข้อ 16 ก. หรือไม่?

ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการปรึกษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

คำถามข้อ 17. คำถามเพิ่มเติมสำหรับกรอกเอาประกันภัยสุขภาพที่เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคภัยเรื้อรัง ท่านเคยได้รับการตั้งชื่อสิ่งใด หรือการวินิจฉัย หรือรับการปรึกษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

ไม่เคย  เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน          | <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้              | <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในชั้นกลาง | <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำลายอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ            | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน         | <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ           |
| <input type="checkbox"/> โล้สั่น                 | <input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง           | <input type="checkbox"/> มีกลิ่นปาก         | <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน     |
| <input type="checkbox"/> หอบหืดหรือภาวะหลอดลมตีบ | <input type="checkbox"/> โรคไต                | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม          | <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง   |
| <input type="checkbox"/> เมื่อโปรแกรมสุขภาพจิต   | <input type="checkbox"/> นิ้ว                 | <input type="checkbox"/> ออทิซึม            | <input type="checkbox"/> สมองเสื่อม               |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการปรึกษา หรือตั้งชื่อสิ่งใดโดยแพทย์)	การรักษาและการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

18 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและข้อตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

- 1 การรับรองสถานะ
- 1.1 ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่?
- ไม่มี  มี โปรดระบุ  มีสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  มีสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- 1.2 ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่การต่างประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) หรือไม่?
- ไม่มี  เป็น  เคยเป็นและสิ้นสุดบัตร
- 1.3 ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่?
- ไม่มี  มี
- 1.4 ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)?
- ไม่มี  มี

2 คำยินยอมและข้อตกลง

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (บริษัท) อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- 3 การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
  - ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
  - ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
  - ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

- 4 ผลของการไม่ปฏิบัติตาม
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตาม ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือพักภัย ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA
- ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิพักภัย ณ ที่จ่ายตามกรมธรรม์ FATCA จากเหตุไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่า ข้าพเจ้ามีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ข้าพเจ้าได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตาม คำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิพักภัย ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิพักภัย ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนแล้วจึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในบริษัททราบ

ส่วนที่ 5 การให้สิทธิออกเงินบำนาญเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการ

- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะให้สิทธิออกเงินบำนาญเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการหรือไม่?
- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการ โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_
- ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 6 ข้อความเป็นต้นฉบับแนบหรือคำอธิบายในคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

เขียนที่ \_\_\_\_\_ บนเส้นที่แนบมา วันที่ 23 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562

- หากท่านออกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านตรวจสอบความถูกต้องของคำบอกกล่าวข้อนี้ครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ (ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
 (นามสกุล/ตำแหน่งประกัน/นายหน้าประกันชีวิต) (นางสาว/นาง/นายหน้าประกันชีวิต)  
 ผู้ขอเอาประกันภัย



# ตัวอย่าง..การกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต

## \*ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด 2-02-05-2386 (ผู้เยาว์ อายุ ≤ 20 ปี)

สำนักงานประกันชีวิต มติฉบับที่ 20 ปี

ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย: **นางสาวณัฐพร นพรัตน์**

ชื่อและนามสกุลผู้รับประกันภัย: **นางสาวณัฐพร นพรัตน์**

เลขที่กรมธรรม์: **709402**

วันที่กรมธรรม์มีผล: **13/01/2018**

กรมธรรม์ประเภท: **ชีวิต**

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด สำหรับผู้เยาว์ แบบที่ 1

คำความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยและรายละเอียดการเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย (ภาษาไทย) **นางสาวณัฐพร นพรัตน์**  
(ภาษาอังกฤษ) **MUANGTHAI RAKYIM**

ชื่อและนามสกุลเดิม

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ **ไทย** ศาสนา **พุทธ** อายุ **8** ปี เกิดวันที่ **8** เดือน **สิงหาคม** พ.ศ. **2554**

เอกสารที่แนบมา  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ **1110221111111111111** วันหมดอายุ **7** เดือน **2565**

หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_

ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

ที่อยู่และที่ทำงาน

1 ที่อยู่คนแรก/ทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ **484** หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/เขต \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ **10140**

โทรศัพท์บ้าน **02-4283917**

2 สถานที่ทำงาน **ไม่ได้อยู่ที่ทำงาน**

อาคาร \_\_\_\_\_ เลขที่ **525** หมู่ที่ \_\_\_\_\_

ตำบล/เขต \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ **10140**

โทรศัพท์ที่ทำงาน **02-2749400**

3 ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่ที่คนแรก/ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ/โปรดระบุ

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_

ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/เขต \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_

4 ข้อมูลการติดต่อ

โทรศัพท์มือถือ **0811283502**

อีเมล \_\_\_\_\_

(กรณีผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทขอความยินยอมในการติดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลระบุไว้ในส่วนที่ 4 เท่านั้น)

อาชีพประจำ **นักเรียน**

ตำแหน่ง **นักเรียน** ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_

ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_

รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยคุ้มครองเงินต้น <b>วงเงิน 99.20</b>	1,000,000	12,180.00	แบบประกันภัยหลัก
สัญญาเพิ่มเติม <b>วงเงินคุ้มครองชีวิต PB</b>		213.15	ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี <b>99</b>
สัญญาเพิ่มเติม <b>วงเงินคุ้มครองสุขภาพอุบัติเหตุ OPD และ 5,000 บาท</b>		14,139.00	ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ปี <b>20</b>
สัญญาเพิ่มเติม <b>วงเงินคุ้มครองสุขภาพอุบัติเหตุ OPD และ 2,000 บาท</b>		9,825.00	ชนิด <input type="checkbox"/> มีเงินปันผล <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล
รวมเบี้ยประกันภัย		36,357.15	

ถ้ามีเงินปันผลเลือก  ชำระเป็นเงินสด/เงินฝาก  นำไปชำระเบี้ยประกันภัย  คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะถือว่าเลือกชำระเป็นเงินสด/เงินฝาก)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย  รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี  ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

จำนวนเงินที่ชำระเพื่อใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ บาท

ชำระเงิน  เงินสด  บัตรเครดิต  เช็ค/เช็คเงินฝาก  อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_ เลขที่เช็ค \_\_\_\_\_

เช็คธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_

เงินโอนเข้าบัญชีบริษัท เลขที่ \_\_\_\_\_ ชื่อบัญชี \_\_\_\_\_ ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

ใบรับเงินชั่วคราว /เอกสารการรับเงินและที่

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยล่วงหน้า ผู้เอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินและที่ ที่ระบุข้างต้น

ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง (โปรดระบุข้อมูลการธนาคาร/การฝาก/บัญชีที่พร้อมด้วยหมายเลข บัญชี 19-21)

ผู้เอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง (โปรดระบุข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย บัญชี 19-21)

5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ไว้ที่ส่วนแบ่งต่างๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับเอาประกันภัย	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
นางสาวณัฐพร นพรัตน์	30	นางสาว	ที่อยู่เดียวกับผู้เอาประกันภัย	

6 ท่านมีโรคภัยไข้เจ็บหรือประวัติการเจ็บป่วยโรคภัยใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริษัทหรือไม่?

ไม่มี  มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เงินคงเหลือ	วันที่สิ้นสุดสัญญา
ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ	เงินคงเหลือ

7 ท่านเคยสูบบุหรี่หรือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?

ไม่เคย  เคย สูบบุหรี่เป็นประจำหรือไม่?  ไม่  ใช่

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8 ท่านเคยหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่?

ไม่เคย/ไม่เคยเสพยา  เคย/เคยเสพยา โปรดระบุ ชนิด \_\_\_\_\_

ปริมาณ \_\_\_\_\_ ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ เลขที่ \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

เลิกเสพยา เมื่อ \_\_\_\_\_

9 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?

ดื่ม/เคยดื่ม  ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม

ปริมาณ \_\_\_\_\_ ชนิด \_\_\_\_\_ ความถี่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์ เลขที่ \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

เลิกดื่ม เมื่อ \_\_\_\_\_

10 ท่านสูบบุหรี่เคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบ  สูบ/เคยสูบ โปรดระบุ ปริมาณ \_\_\_\_\_ มวน/วัน เลขที่ \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_

เลิกสูบ เมื่อ \_\_\_\_\_

11 ส่วนสูง **130** ซม. น้ำหนัก **24** กก. ไ้รอบ **6** เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

ไม่เปลี่ยนแปลง  เปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก  เพิ่มขึ้น **2** กก.  ลดลง \_\_\_\_\_ กก.  ลดลง \_\_\_\_\_ กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง **เจริญเติบโตตามวัย**

คำความเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัยในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย

2 บิดา มารดา พี่น้องบิดา และ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคภัยไข้เจ็บโรคใดโรคหนึ่งหรือไม่?

ไม่เป็น  เป็น ถ้าเป็น โปรดระบุโรคและชนิด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

3 สมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือโรคติดต่อเลือดหรือไม่?

ไม่เป็น  เป็น หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  เป็นโรคเอดส์ (HIV)  เป็นโรคติดต่อเลือด

4 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ติดต่อกับโรคใด?

ไม่เคย/ไม่มี  เคยมี หากเคยมีหรือกำลังมี โปรดทำเครื่องหมายบ่งชี้การตรวจสุขภาพตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน	
<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> ผื่นผิวหนัง <input type="checkbox"/> บวมที่ขาหรือเท้า <input type="checkbox"/> รอยงูสวัด <input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลือด <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ <input type="checkbox"/> เชื้อราหรือแผลที่ผิวหนัง <input type="checkbox"/> อื่นๆ		<input type="checkbox"/> ปวดหัวเรื้อรัง <input type="checkbox"/> อากเสบหรือข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ <input type="checkbox"/> บวมที่ขาหรือเท้า <input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ภาวะเครียด <input type="checkbox"/> ไข้หวัดหรือหวัด <input type="checkbox"/> โรคติดต่อเลือด <input type="checkbox"/> อื่นๆ

# ตัวอย่าง..การกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต

## \*ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด 2-02-05-2386 (ผู้เยาว์ อายุ ≤ 20 ปี)

15 ท่านเคยได้รับการหัดขี่มอเตอร์ไซด์ หรือการวินิจฉัย โดยแพทย์ตามรายการข้างคำถามนี้หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคชัก
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> การบาดเจ็บที่ศีรษะ	<input type="checkbox"/> โรคสมองพิการ (Cerebral palsy)	
<input type="checkbox"/> โรคไขสันหลังอักเสบ, โรคเนื้อเยื่อสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง		
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคปอดหรืออวัยวะอื่น	<input type="checkbox"/> โรคคอพอก
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคไต	
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคไต
<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> เมื่อยอก คอข หรือข้อมือ	<input type="checkbox"/> โรคกระดูกพรุน
<input type="checkbox"/> โรคจิต	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือผู้ที่สัมผัสกับเชื้อ	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> โรคควรวาซาคิ (Kawasaki's disease)	<input type="checkbox"/> ใช้มูนิค	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคไต

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รักษาให้จบหรือยัง หรือรักษาอยู่)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

16 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเนื้อเยื่อวินิจฉัย โดย แพทย์เอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

17 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด ได้รับคำปรึกษา/การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ในข้อ 16 ก. หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

17 คำถามข้อ 17. คำถามเพิ่มเติมสำหรับกรอกเอาประกันที่มีสุขภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง  
 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยโรค หรือการวินิจฉัย หรือรับการรักษา โดยแพทย์ตามรายการข้างคำถามนี้หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน	<input type="checkbox"/> อูนิค	<input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	<input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ไขข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน	<input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจล้มเหลว
<input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> ภาวะถุงน้ำดีอักเสบ
<input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือหลังเส้นประสาท	<input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม	<input type="checkbox"/> ออทิซึมติก	<input type="checkbox"/> สมองอักเสบ
<input type="checkbox"/> เชื้อราหรือหมอกถูกเจริญผิดปกติ	<input type="checkbox"/> นิ้ว		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รักษาให้จบหรือยัง หรือรักษาอยู่)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

18 สำหรับผู้ขอเอาประกันที่มี (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) -

19 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูล บิดา/มารดา/ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล (กรณีผู้ขอเอาประกันเป็นผู้เยาว์เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันด้วยตนเอง) หรือข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันที่มี (กรณีผู้ขอเอาประกันเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันด้วยตนเอง)

ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวสุกัญญา มั่งคั่ง  
 (ภาษาอังกฤษ) MRS.SUKIYA MUANGTHAI

ชื่อและนามสกุลเดิม -

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อายุ 30 ปี เกิดวันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2531

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หย่า

เอกสารที่จัดส่งแสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว 1 1020 00088 89 9 วันหมดอายุ 14 กันยายน 2563

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันมี มารดา

20 ที่อยู่และที่ทำงาน

21 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 14 หมู่บ้าน/อาคาร - \_\_\_\_\_

หมู่ที่ 1 - ต.ตอง/ซอ - อ.ประจักษ์ 27 ถนน ประชาชาติ

แขวง/ตำบล ราชบุรีระดม เขต/อำเภอ ราชบุรีระดม

จังหวัด กาญจนบุรี รหัสไปรษณีย์ 10140

โทรศัพท์บ้าน 02-4277627

22 สถานที่ทำงาน บริษัทเอกชน

อาคาร - เลขที่ 14 หมู่ที่ - \_\_\_\_\_

ตอง/ซอ ประชาชาติ 27 ถนน ประชาชาติ

แขวง/ตำบล ราชบุรีระดม เขต/อำเภอ ราชบุรีระดม

จังหวัด กาญจนบุรี รหัสไปรษณีย์ 10140

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4272104

23 ที่อยู่ในประเทศเจ้าของสัญชาติไทย (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ประเทศ \_\_\_\_\_

24 ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  อื่นๆ โปรดระบุ

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_

หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ต.ตอง/ซอ \_\_\_\_\_

แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_

23 สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร

ที่อยู่อาศัย/ทะเบียนบ้าน

สถานที่ทำงาน

ที่อยู่ปัจจุบัน

24 ข้อมูลการติดต่อ ช่างเข้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูลการติดต่อข้างล่างในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันชีวิต

โทรศัพท์มือถือ 0833 318 1234

อีเมล \_\_\_\_\_

25 การรับกรมธรรม์ประกันชีวิตใช้วิธีการอิเล็กทรอนิกส์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกกรมธรรม์ประกันชีวิตให้ใช้วิธีการอิเล็กทรอนิกส์แทนส่งกรมธรรม์ และจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ

(กรณีไม่ระบุความประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลที่ระบุไว้ได้ บริษัทของเรามีสิทธิ์ในการจัดส่งเป็นเล่มกรมธรรม์ไปยังท่านตามที่ท่านสะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในคำขอ)

26 อาชีพประจำตัว นักเรียน

อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_

27 ค่าเฉลี่ย ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ ลักษณะงานที่ทำ งานช่างและสอนโยคี

ลักษณะธุรกิจ สอนโยคีและสอนโยคี ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_

รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

28 ท่านเคยสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

29 ส่วนสูง 164 ซม. น้ำหนัก 52 กก.

30 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านทำฟันด้วยท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?  
 ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุวันที่  เปลี่ยน \_\_\_\_\_ กก.

31 ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์

32 ดื่มแอลกอฮอล์ \_\_\_\_\_ จ

33 เลือดดื่ม เมื่อ \_\_\_\_\_

25 ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีโรคประจำตัวอย่างการพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงใดๆ  
 ใช่  ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด

26 ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลสำหรับรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอวัยวะอื่นหรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ/รักษา	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา



# ตัวอย่าง..การกรอกใบคำขอเอาประกันชีวิต

## \*ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ 2-03-05-2395

**เมืองไทยประกันชีวิต**  
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

ใบคำขอเอาประกันชีวิตชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ แบบที่ 1

หมายเลขประกันชีวิต: M 61590013211

กรมสงวนประกันชีวิต  
CLIENT NO.  
ชื่อและนามสกุลเอาประกันภัย: **ม.สาลิน เตชะวิเศษ** น.สาลิน  
ใบอนุญาตเลขที่: รหัสค่าเอาประกันภัย: **700578**  
ชื่อสาขา: รหัสสาขา

คำเตือนเรื่องค่ากรมสงวนการกรอกข้อมูลการรับประกันชีวิต  
ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกข้อมูลการรับประกันชีวิตอย่างถูกต้อง  
หากผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลการรับประกันชีวิตไม่ถูกต้อง  
อาจเป็นเหตุให้ผู้เอาประกันภัยไม่ได้รับเงินค่าเอาประกันภัย  
ตามที่ผู้เอาประกันภัยได้รับแจ้งไว้

1 ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันชีวิต (ภาษาไทย) **นางสาวสาลิน เตชะวิเศษ**  
(ภาษาอังกฤษ) **MISS MASALIN TEEKARATANABOVORN**

ชื่อและนามสกุลเดิม **นางสาวสาลิน ใจเพชร**

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ **ไทย** ศาสนา **พุทธ** อายุ **34** ปี เกิดวันที่ **30** เดือน **กุมภาพันธ์** พ.ศ. **2527**  
เลขการที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ **1 1 0 2 0 0 1 1 1 8 5 9 9 9** วันหมดอายุ **29** ตุลาคม 2561  
 หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_  
 ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หย่า  
ที่อยู่และที่ทำงาน

2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
บ้านเลขที่ **432-241** หมู่บ้าน/อาคาร **บม.บึงสาธิต**  
หมู่ที่ **1** ตรอก/ซอย **บึงสาธิต 76** ถนน **บึงสาธิต**  
แขวง/ตำบล **ทุ่งครุ** เขต/อำเภอ **ทุ่งครุ**  
จังหวัด **กทม.** รหัสไปรษณีย์ **10140**  
โทรศัพท์บ้าน **02-8721158**

3 สถานที่ทำงาน **บม.เมืองไทยประกันชีวิต**  
อาคาร **B ชั้น 6** เลขที่ **250** หมู่ที่ **-**  
ตรอก/ซอย **-** ถนน **บึงสาธิต**  
แขวง/ตำบล **ทุ่งครุ** เขต/อำเภอ **ทุ่งครุ**  
จังหวัด **กทม.** รหัสไปรษณีย์ **10210**  
โทรศัพท์ที่ทำงาน

4 สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร  
 ที่อยู่อาศัย  
 สถานที่ทำงาน  
 ที่อยู่ปัจจุบัน

5 การรับกรมสงวนประกันชีวิตโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์  
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกกรมสงวนประกันชีวิตโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนเอกสาร  
แบบต้นฉบับของข้าพเจ้าหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ (กรณีไม่ประสงค์จะรับ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมสงวนประกันชีวิตได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเป็นเอกสารแทน  
ให้แทนตามที่อยู่ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอ)  
(กรณีผู้เอาประกันภัย มีไม่บรรลุนิติภาวะ การติดต่อและจัดส่งเอกสารการคุ้มครองจะระบุไว้ในส่วนที่ 2 เท่านั้น)

6 อาชีพประจำตัว **พนักงานบริษัท**  
ตำแหน่ง **พนักงาน** ลักษณะงานที่ทำ **พนักงาน**  
ลักษณะธุรกิจ **บริษัท**  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_ รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

4 แบบประกันชีวิต, เบี้ยประกันชีวิต และวิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต

รายละเอียด	จำนวนเงินผลประโยชน์ (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันชีวิต (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันชีวิต			แบบประกันชีวิต
สัญญาที่ 10-5	1,000,000	990,000	ระยะเวลาเอาประกันชีวิต
			10 ปี
			ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันชีวิต
			5 ปี
			ชนิด
			<input type="checkbox"/> มีเงินปันผล
			<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล
รวมเบี้ยประกันชีวิต			990,000

ข้าพเจ้ายินยอมเลือก  ชำระเงินปันผล (คิดจากกำไรสุทธิ) หรือ  ไม่ชำระเบี้ยประกันชีวิต (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งจะชำระ บริษัทจะถือว่าเลือกวิธีเงินปันผล/คิด)

วิธีการชำระเบี้ยประกันชีวิต  รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี  ชำระเบี้ยประกันชีวิตครั้งเดียว

จำนวนเงินที่ชำระหรือในค่าของเอาประกันชีวิตนี้ **990,000** บาท

ชำระเบี้ย  เงินสด  บัตรเครดิต  เช็คเงิน/เช็ค/เช็ค/เช็ค  อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_ เลขที่เช็ค \_\_\_\_\_ ชื่อและนามสกุล \_\_\_\_\_  
 เช็คธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_ เลขที่เช็ค \_\_\_\_\_ ชื่อและนามสกุล \_\_\_\_\_  
 เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี) ได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้โดยแบ่งเท่าๆ กัน

ใบรับเงินชำระ / เอกสารการรับเงินเช็ค  
คำเตือน หากมีการชำระเงินค่าเบี้ยประกันโดยเงินสด ผู้เอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชำระ/เอกสารการรับเงินเช็คและที่ระบุจำนวนเงินของผู้เอาประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) โปรดระบุรายละเอียด ข้อ 6 - 8  
 ผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะและเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิตด้วยตนเอง  
 ผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะและเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิตด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ข้อ 6 - 8

6 ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขบัตรประชาชน (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
<b>นางสาวสาลิน เตชะวิเศษ</b>	<b>60</b>	<b>มารดา</b>		<b>ที่อยู่อำเภอเมืองสาธิต</b>	

7 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้เอาประกันชีวิต หรือบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่มอบสิทธิการคุ้มครอง การมีผู้เอาประกันภัยอยู่ในโครงการ (ผู้เยาว์)

8 ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันชีวิต (ภาษาไทย) (ภาษาอังกฤษ)

ชื่อและนามสกุลเดิม

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ \_\_\_\_\_ ศาสนา \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หย่า

เลขการที่ใช้แสดงตน  บัตรประชาชน  ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_

7 ที่อยู่และที่ทำงาน

8 ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)  
บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_

9 ที่อยู่ปัจจุบัน  กรณีที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  อื่นๆ โปรดระบุ  
อาคาร \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_  
ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_

10 สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร  
 ที่อยู่อาศัย  
 สถานที่ทำงาน  
 ที่อยู่ปัจจุบัน

11 การรับรองสถานะ  
11.1 ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศหรืออเมริกาหรือไม่  
ผู้เอาประกันภัย  ไม่มี  มี โปรดระบุ \_\_\_\_\_  
 มีสัญชาติอเมริกัน  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  มีสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

11.2 ข้อมูลของบุคคล  ไม่มี  มี โปรดระบุ \_\_\_\_\_  
ที่จะระบุในข้อ 6  มี สัญชาติ \_\_\_\_\_ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  มีสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

12 ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ในต่างประเทศหรืออเมริกา (Green card) หรือไม่  
ผู้เอาประกันภัย  ไม่ใช่  เป็น  เคยเป็นและคืนแล้ว  เคยเป็นและยังคืนอยู่

13 ท่านมีหน้าที่ในการชำระค่าธรรมเนียมการคุ้มครองหรือไม่  
ผู้เอาประกันภัย  ไม่มี  มี  มี  ไม่มี  มี  มี

## \*ใบคำขอเอาประกันชีวิต ชนิด ไม่มี คำถามสุขภาพ 2-03-05-2395

1. ท่านมีสถานะเป็นผู้อยู่ในประเทศไทยหรืออเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการรับภาษีอากรของประเทศไทยหรืออเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ผู้ขอเอาประกันภัย  ไม่มี  มี

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 6  ไม่มี  มี

2. คำนิยามและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") อาจมีข้อมูลหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการมีข้าพเจ้านิยาม และตกลงให้บริการสามารถดำเนินการอย่างโปร่งใสต่อไป เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

3. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการประกันภัยตามกฎหมาย
- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทหรือขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่มีเปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศไทยหรืออเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

4. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปรับลดเงินปันผล หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันชีวิตตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA จากเหตุที่ไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยื่นข้อเรียกร้อง ข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศไทยหรือภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันชีวิตตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้การส่งหนังสือแจ้งการปรับลดเงินปันผล หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายและการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้กับบริษัททราบ

ส่วนที่ 4 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าแก่หน่วยงานราชการ ควบคุมดูแล หรือวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้อยู่ในต่างประเทศซึ่งได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_

ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมยินยอมและแจ้งคำขอรับใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่สอบคำถามกฎหมาย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่บรรลุผู้ใดภาวะ (ผู้เยาว์)) การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้มอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ตอบข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมในแพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประสิทธิภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านหรือจะมีต่อไปในอนาคตเปิดเผยต่อผู้จ้างได้แก่บริษัท หรือแพทย์ของบริษัท เนื่องจากการเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทที่ติดต่อ หรือนำข้อมูลที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ \_\_\_\_\_ บริษัท มทชีวิต เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ท่านขอใช้

2. ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ (ลงชื่อ) M

(\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_) นางสาวสิริฉวี ชัยศิริบุตร

ชานาม/ตำแหน่งประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมาย

ผู้เอาประกันสามารถสมัครบริการหักบัญชีอัตโนมัติผ่านเครื่อง **ATM** ได้ 6 ธนาคารดังนี้

- 1.ธนาคารกสิกรไทย (รหัส 50123)
- 2.ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
- 3.ธนาคารทหารไทย (รหัส 9986)
- 4.ธนาคารกรุงเทพ (รหัส 99989)
- 5.ธนาคารไทยพาณิชย์ (รหัส 1766)
- 6.ธนาคารกรุงไทย (รหัส 6060)

หมายเหตุ : หลังจากทำการสมัครบริการหักบัญชีอัตโนมัติผ่านเครื่อง **ATM** เรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งใบบันทึกรายการ-แบบสำเนา หน้าสมุดบัญชีธนาคาร คืนไปยังบริษัทฯ พร้อมทั้งลงนามในหนังสือยินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝาก (สีชมพู) 1 ชุด





# วิธีการสมัครบริการหักบัญชีอัตโนมัติผ่านเครื่อง ATM



## ธนาคารกสิกรไทย

1. เสียบบัตร ATM / ไสร์หัดบัตร
2. เลือก **กองทุนรวม / สมัครบริการ K-Mobile Banking / อื่นๆ**
3. เลือก **สมัครหักบัญชีอัตโนมัติ**
4. เลือก **ระบุรหัสบริษัทฯ**
5. เลือกประเภทบัญชี **ออมทรัพย์** หรือ **กระแสรายวัน**
6. ระบุรหัสบริษัทฯ กด **50123**  
\*\*กรณีค่าธรรมเนียมแบบยูนิเดิลลิงค์ หรือ ยูแอล กด **33711**
7. ระบุหมายเลขอ้างอิง **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก**
8. เลือก **ยืนยันการทำรายการ**



## ธนาคารกรุงศรีอยุธยา

1. เสียบบัตร ATM / ไสร์หัดบัตร
2. เลือก **สมัคร / เปลี่ยนแปลงบริการ**
3. เลือก **บริการหักบัญชีอัตโนมัติ**
4. เลือก **ประกัน** เลือก **เมืองไทยประกันชีวิต**
5. เลือกประเภทบัญชี **ออมทรัพย์** หรือ **กระแสรายวัน**
6. ระบุหมายเลขอ้างอิง **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก**
7. เลือก **ตกลง**



# วิธีการสมัครบริการหักบัญชีอัตโนมัติผ่านเครื่อง ATM

## TMB ธนาคารทหารไทย

1. เสียบบัตร ATM / ใส่รหัสบัตร
2. เลือก **รายการอื่นๆ**
3. เลือก **บริการหักบัญชีอัตโนมัติ**
4. เลือกประเภทบัญชี **ออมทรัพย์** หรือ **กระแสรายวัน**
5. ระบุรหัสบริการ กด **9986**
6. ระบุรหัสลูกค้า/เลขที่ลูกค้า หรือ หมายเลขอ้างอิง 1 ให้ระบุ **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก**
7. เลือก **ยืนยันการทำรายการ**

## ธนาคารกรุงเทพ

1. เสียบบัตร ATM / ใส่รหัสบัตร
2. เลือก **สมัครบริการ / ปรับเปลี่ยนบริการ**
3. เลือก **บริการหักบัญชีอัตโนมัติ**
4. เลือก **ตกลง**
5. เลือกประเภทบัญชี **ออมทรัพย์** หรือ **กระแสรายวัน**
6. เลือก **ตัวรหัสบริษัท 5 หลัก** กด **99989**
7. ระบุ Ref No.1 **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก**
8. เลือก **ไม่มี Reference 2**
9. เลือก **ยืนยันการทำรายการ**



# วิธีการสมัครบริการหักบัญชีอัตโนมัติผ่านเครื่อง ATM

## ธนาคารไทยพาณิชย์

1. เสียบบัตร ATM / ใส่รหัสบัตร
2. เลือก **อื่นๆ**
3. เลือก **สมัครบริการ / ตรวจสอบข้อมูลบัตรเครดิต (NCB)**
4. เลือก **หักบัญชีอัตโนมัติ**
5. เลือกประเภทบัญชี **ออมทรัพย์** หรือ **กระแสรายวัน**
6. ระบุรหัสบริษัทฯ กด **1766**
7. ระบุหมายเลขอ้างอิง **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก**
8. เลือก **ยืนยันการทำรายการ**

## ธนาคารกรุงไทย

1. เสียบบัตร ATM / ใส่รหัสบัตร
2. เลือก **บริการอื่นๆ**
3. เลือก **บริการอื่นๆ** อีกครั้ง
4. เลือก **สมัครใช้บริการ**
5. เลือก **หักบัญชีอัตโนมัติ**
6. ระบุรหัสบริษัทฯ กด **6060**
7. ระบุหมายเลขอ้างอิง **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก (ระบุเฉพาะ Ref.1)**
8. เลือก **ถูกต้อง**

# MTL CONTACT POINT



คุณบุญชนุช สุจริยานุรักษ์ (พิมพ์)  
ผู้บริหารทีมบริหารงานขายพันธมิตรทางธุรกิจ  
บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
โทร. 0089-6966536 , 02-2749400 ต่อ 5304



คุณมัสนิน ทีขรัตน์บวร (ชมพู่)  
เจ้าหน้าที่ทีมบริหารงานขายพันธมิตรทางธุรกิจ  
บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
โทร. 081285-0261 , 02-2749400 ต่อ 2244