



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

CLIENT NO.....
ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่..... รหัสตัวแทน/นายหน้า.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ (แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นายสดี ปลอดภัย ชื่อและนามสกุลเดิม

เพศ ชาย หญิง อายุ 35 ปี เกิดวันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2530 สัญชาติ ไทย

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อภรรยา/สามี

เอกสารที่ใช้แสดงตน บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ 1-1100-00-000-11-1 วันหมดอายุ 31 มีนาคม 2570

หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว เลขที่

ทะเบียนบ้าน อื่นๆ

ชื่อสถาบันการเงิน ธนาคารเค เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ 100101110

จำนวนเงินกู้ 2,500,000 บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม 8%

วันที่ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง* 23 กรกฎาคม 2565

กู้เพื่อซื้อ บ้าน ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ 2,500,000

(ให้ระบุรายการทรัพย์สินที่จะกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอย่างเฉพาะเจาะจง)
*วันที่เริ่มต้นให้ความคุ้มครอง ให้ผู้เอาประกันภัยระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงิน หรือวันที่ได้รับเงินกู้

2. ที่อยู่และที่ทำงาน

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ 35 หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย 9 ถนน รัชดาภิเษก

แขวง/ตำบล หัวขวาง เขต/อำเภอ หัวขวาง จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10310

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ 011-1110101 อีเมล sodsaiprodpai@gmail.com

ข. สถานที่ทำงาน บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต อาคาร เลขที่ 250 หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน รัชดาภิเษก แขวง/ตำบล หัวขวาง เขต/อำเภอ หัวขวาง จังหวัด กรุงเทพมหานคร

รหัสไปรษณีย์ 10310 โทรศัพท์

ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 35 หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย 9 ถนน รัชดาภิเษก

แขวง/ตำบล หัวขวาง เขต/อำเภอ หัวขวาง จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10310

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ 011-1110101 อีเมล sodsaiprodpai@gmail.com

ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

3. อาชีพประจำ พนักงานบริษัทเอกชน ตำแหน่ง ผู้บริหารทีม ลักษณะงานที่ทำ พนักงานภายในสำนักงาน

ลักษณะธุรกิจ ประกันชีวิต รายได้ต่อปี 600,000 บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ รายได้ต่อปี

ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี

ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว สามารถระบุได้ตามระยะเวลาที่ท่านเลือก

แบบประกันภัย คุ้มครองเงินเชื่อเพื่อประชาชน ระยะเวลาเอาประกันภัย 30 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น* 2,500,000 บาท เบี้ยประกันภัย 243,425 บาท เบี้ยประกันภัยตามที่

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ 243,425 บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่ ค่าธรรมเนียมจากเว็บไซต์

ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ ชื่อบัญชี

ธนาคาร สาขา อื่นๆ

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่
ที่ระบุข้างต้น

*จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น คือ จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ขณะเริ่มทำประกันชีวิต ซึ่งระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์
และจำนวนเงินเอาประกันภัยนี้จะลดลงเป็นรายเดือนซึ่งจะระบุตามที่แนบท้ายกรมธรรม์



5. ผลประโยชน์

ก. กรณีเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก **ธนาคารเค**

เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตตามจำนวนที่ระบุไว้ในตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ณ เวลานั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์คงเหลือ
นายอิม ปลอดภัย ระบุชื่อบุคคลในครอบครัว เป็นผู้รับประโยชน์รอง	65	บิดา	35 หมู่3 ซ.9 ถ.รัชดาภิเษก ..หัวขวาง... ททท. 10310	1-1100-00-000-22-9	100%

ข. กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก **ธนาคารเค**

เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลักในขณะนั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

6. ท่านมีการทำสัญญาประกันชีวิต หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันชีวิต เพื่อคุ้มครองสินเชื่อตามข้อ 1 กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลดคืนเงินผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุ

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อ

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เสพ / ไม่เคยเสพ เสพ / เคยเสพ
ถ้าเสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน..... ปี เล็กเสพเมื่อ

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม ดื่ม / เคยดื่ม
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เล็กดื่มเมื่อ

11. ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ/ไม่เคย เคย/เคยสูบ
ถ้าสูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน สูบมานาน.....ปี เล็กสูบเมื่อ

12. ส่วนสูง170..... ซม. น้ำหนัก70..... ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
ถ้าเปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น ก.ก. ลดลง..... ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือดหรือโรคไวรัสตับอักเสบบ โรคเอดส์(HIV) โรคกล้ามเนื้อสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

ไม่เป็น เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

14. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด)

15. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

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

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

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

16. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ

ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่.....วันบัตรหมดอายุ.....

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

ไม่มี มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 5 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....) นายสดี สอดภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 7 คำเตือน

1. หากท่านยังไม่ได้ทำสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ท่านสามารถขอยกเลิกกรรมธรรม์นี้ได้โดยการส่งคืนกรรมธรรม์มายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับการธรรม์จากบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรรมธรรม์ให้แก่ท่านโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านไม่ต้องส่งคืนกรรมธรรม์และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรรมธรรม์โดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรรมธรรม์ประกันภัย
2. หากกรรมธรรม์ยังมีผลบังคับ ท่านสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรรมธรรม์ได้ โดยได้รับความยินยอมจากสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักที่ให้สินเชื่อ หรือเมื่อท่านได้ชำระหนี้สินที่มีอยู่กับสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักหมดแล้ว เงินค่าเวนคืนกรรมธรรม์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามจำนวนที่กำหนดไว้ในตารางมูลค่าเวนคืนกรรมธรรม์ กับผลประโยชน์อื่น ๆ อันพึงจะได้รับ (ถ้ามี) และหากท่านมีเบี้ยประกันภัยต่ำกว่ามาตรฐาน ท่านจะได้รับเงินค่าเวนคืนกรรมธรรม์ประกันภัยของเบี้ยประกันภัยสำหรับภัยต่ำกว่ามาตรฐานตามตารางมูลค่ากรรมธรรม์สำหรับภัยต่ำกว่ามาตรฐาน
3. วันที่เริ่มต้นความคุ้มครองซึ่งเป็นวันเดียวกับวันที่ท่านประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครองซึ่งระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือวันที่ระบุไว้ในกรณีที่มีการขอแก้ไขวันเริ่มต้นความคุ้มครอง หรือวันที่บริษัทหรือตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทได้รับข้อเสนอการรับประกันภัยใหม่ (counter offer) แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
4. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน)

วันที่ 23 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ) สโสม ปภ

(.....)

(นายสโสม ปภอดภัย)

พนักงานบริษัทประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

