



CLIENT NO. _____

ชื่อตัวแทน/นายหน้า _____

ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน/นายหน้า _____

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองสินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ ชนิดมีค่าถามสุขภาพอย่างละเอียด

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) สดใส ปลอดภัย
(ภาษาอังกฤษ) Sodsai Prodpai

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ ไทย อายุ 35 ปี เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2530

เอกสารที่ใช้แสดงตน บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 วันหมดอายุ 31 มีนาคม 2570

หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____

ทะเบียนบ้าน อื่นๆ _____

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

ชื่อสถาบันการเงิน ธนาकरเค เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ 1001001110

จำนวนเงินกู้ 5,000,000 บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม 8%

วันที่ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง* 01 กันยายน 2565

กู้เพื่อซื้อ บ้าน ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ 5,000,000

(ให้ระบุรายการทรัพย์สินที่จะกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอย่างเฉพาะเจาะจง)

*วันที่เริ่มต้นให้ความคุ้มครอง ให้ผู้ขอเอาประกันภัยระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงิน หรือวันที่ได้รับเงินกู้

2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 35 หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย 9 ถนน รัชดาภิเษก

แขวง/ตำบล ห้วยขวาง เขต/อำเภอ ห้วยขวาง จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10310 โทรศัพท์บ้าน _____

ข ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย) _____

ค สถานที่ทำงาน บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต อาคาร _____ เลขที่ 250 หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____

ถนน รัชดาภิเษก แขวง/ตำบล ห้วยขวาง เขต/อำเภอ ห้วยขวาง จังหวัด กทม.

รหัสไปรษณีย์ 10310 โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

ง ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน อื่นๆ โปรดระบุ

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์บ้าน _____

จ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

ฉ ข้อมูลการติดต่อ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูลการติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

โทรศัพท์มือถือ 011-1110101 อีเมล sodsaiprodpai@gmail.com

ช เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์

เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)

แบบกระดาษ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท

หมายเหตุ : หากไม่ได้รับวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่น

ที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในรูปแบบกระดาษ



3 อาชีพประจำ พนักงานบริษัทเอกชน ตำแหน่ง ผู้บริหารทีม ลักษณะงานที่ทำ พนักงานภายในสำนักงาน
 ลักษณะธุรกิจ ประกันชีวิต รายได้ต่อปี 1,200,000 บาท
 อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
 ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้ต่อปี _____ บาท

4 กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองสินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว **สามารถระบุได้ตามระยะเวลาที่ท่านเลือก**
 แบบประกันภัย คุ้มครองสินเชื่อ เพื่อประชาชน ระยะเวลาเอาประกันภัย 30 ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
 จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น* 5,000,000 บาท เบี้ยประกันภัย 486,850 บาท เบี้ยประกันภัยตามที่คำนวณได้ จากทางเว็บไซต์
 จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ 486,850 บาท
 ชำระเป็น เงินสด บัตรเครดิต แคชเชียร์เช็ค/ตราฟ อื่นๆ โปรดระบุ _____
 เช็ค ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่เช็ค _____ เช็คลงวันที่ _____
 เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____
 ธนาคาร _____ สาขา _____

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

* จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น คือ จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ขณะเริ่มทำประกันชีวิต ซึ่งระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ และจำนวนเงินเอาประกันภัยนี้จะลดลงเป็นรายเดือนซึ่งจะระบุตามที่แนบท้ายกรมธรรม์

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง
 ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้
 ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์ _____

5 ผลประโยชน์

ก กรณีเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ธนาคารเค **ระบุชื่อสถาบันการเงินที่ท่านได้ทำการกู้สินเชื่อ เป็นผู้รับประโยชน์หลัก**

เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตตามจำนวนที่ระบุไว้ในตารางแสดงจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ณ เวลานั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์คงเหลือ
<u>นายยิ้ม ปลอดภัย</u>	65	บิดา	1-1100-00-000-22-9	35 ซ.9 ห้วยขวาง กทม. 10310	
ระบุชื่อบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับประโยชน์รอง					

ข กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ธนาคารเค

เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของเดือนที่ผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ จำนวนเงินดังกล่าวจะไม่เกินจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลักในขณะนั้น ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่ บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

6 ท่านมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนเงินประกัน หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8) ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่?

ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ

เสพ/เคยเสพ โปรดระบุ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน _____ ปี

เลิกเสพ เมื่อ _____

9) ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?

ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม

ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี

เลิกดื่ม เมื่อ _____

10) ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุ ปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ _____

11) ส่วนสูง _____ 170 _____ ซม. น้ำหนัก _____ 70 _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

ไม่เปลี่ยน

เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น _____ กก. ลดลง _____ กก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

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

ไม่เป็น

เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น _____

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

13) ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

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

<input type="radio"/> การมองเห็นผิดปกติ <input type="radio"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="radio"/> มีพัฒนาการช้า <input type="radio"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง <input type="radio"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก <input type="radio"/> ไอเรื้อรัง <input type="radio"/> ไอเป็นเลือด <input type="radio"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ <input type="radio"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก <input type="radio"/> ใจสั่น	<input type="radio"/> ปวดท้องเรื้อรัง <input type="radio"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด <input type="radio"/> ท้องมาน <input type="radio"/> ท้องเสียเรื้อรัง <input type="radio"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ <input type="radio"/> ปวดข้อเรื้อรัง <input type="radio"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง <input type="radio"/> จ้ำเลือด <input type="radio"/> คลำพบก้อนเนื้อ	อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา <input type="radio"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="radio"/> ไข้เรื้อรัง <input type="radio"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	เฉพาะสตรี <input type="radio"/> กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน <input type="radio"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร <input type="radio"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

14 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

ไม่เคย เคย

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="radio"/> โรคหลอดเลือดในสมอง | <input type="radio"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต | <input type="radio"/> โรคพาร์กินสัน | <input type="radio"/> โรคชัก |
| <input type="radio"/> โรคความจำเสื่อม | <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="radio"/> โรคหัวใจ | <input type="radio"/> โรคหลอดเลือด |
| <input type="radio"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ | <input type="radio"/> โรคหอบหืด | <input type="radio"/> โรควัณโรค | <input type="radio"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร |
| <input type="radio"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="radio"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="radio"/> ดีซ่าน | <input type="radio"/> ม้ามโต |
| <input type="radio"/> โรคตับอ่อนอักเสบ | <input type="radio"/> โรคไต | <input type="radio"/> โรคข้ออักเสบ | <input type="radio"/> โรคเก๊าท์ |
| <input type="radio"/> โรคเบาหวาน | <input type="radio"/> โรคไทรอยด์ | <input type="radio"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต | <input type="radio"/> โรคเอสแอลอี |
| <input type="radio"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ | <input type="radio"/> โรคมะเร็ง | <input type="radio"/> โรคจิตเวช | <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า |
| <input type="radio"/> โรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="radio"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี) | <input type="radio"/> พิการทางร่างกาย | <input type="radio"/> โรคเลือด |
| <input type="radio"/> โรคหนังแข็ง | <input type="radio"/> โรคนิ้ว | | |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

15 ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

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

ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

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

คำถามข้อ 16. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

16 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดจากแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ปวดศีรษะไมเกรน | <input type="radio"/> ภูมิแพ้ | <input type="radio"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | <input type="radio"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="radio"/> ไช้สออักเสบ | <input type="radio"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="radio"/> กรดไหลย้อน | <input type="radio"/> ถุงน้ำดีอักเสบ |
| <input type="radio"/> ไล่เลื่อน | <input type="radio"/> ริดสีดวงทวาร | <input type="radio"/> ฝีคัณฑสูตร | <input type="radio"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม |
| <input type="radio"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท | <input type="radio"/> ข้อเสื่อม | <input type="radio"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง | |
| <input type="radio"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | <input type="radio"/> ออทิสติก | <input type="radio"/> สมาธิสั้น | |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษา หรือตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสงสัยเกิดโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

17 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) _____

ส่วนที่ 4

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1 การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับ ไม่มี มี โปรดระบุ
- ประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ถือเป็นสัญชาติอเมริกัน
- เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ถือเป็นสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
- ไม่ใช่
- เป็น
- เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
- กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ _____ วันบัตรหมดอายุ _____
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ไม่มี มี

2 คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ 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

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะส่งผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบ ว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

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

(ลงชื่อ)  ส.ต.ท. พล.ต.ต.
(นายสดใส ปลอดภัย)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่
7

คำเตือน

1. หากท่านยังไม่ได้ทำสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ท่านสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์นี้ได้โดยการส่งคืนกรมธรรม์มายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับการอนุมัติจากบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ให้แก่ท่านโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ท่านไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือจากการหักค่าตรวจสอบสภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท การคืนค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย
2. หากกรมธรรม์ยังมีผลบังคับ ท่านสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ได้ โดยได้รับความยินยอมจากสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักที่ให้สินเชื่อ หรือเมื่อท่านได้ชำระหนี้สินที่มีอยู่กับสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักทั้งหมดแล้ว เงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามจำนวนที่กำหนดไว้ในตารางมูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ กับผลประโยชน์อื่น ๆ อันพึงจะได้รับ (ถ้ามี) และหากท่านมีเบี้ยประกันภัยต่ำกว่ามาตรฐาน ท่านจะได้รับเงินค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัยของเบี้ยประกันภัยสำหรับภัยต่ำกว่ามาตรฐานตามตารางมูลค่ากรมธรรม์สำหรับภัยต่ำกว่ามาตรฐาน
3. วันที่เริ่มต้นความคุ้มครองซึ่งเป็นวันเดียวกับวันที่ท่านประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครองซึ่งระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือวันที่ระบุไว้ในกรณีที่มีการขอแก้ไขวันเริ่มต้นความคุ้มครอง หรือวันที่บริษัทหรือตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทได้รับข้อเสนอการรับประกันภัยใหม่ (counter offer) แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
4. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) วันที่ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

(ลงชื่อ) _____

(_____)

พนักงานบริษัทประกันชีวิต

(ลงชื่อ)  ส.ต.ท. พล.ต.ต.

(นายสดใส ปลอดภัย)

ผู้ขอเอาประกันภัย