

www.เมืองไทยประกันชีวิต

250 ถนนวิภาวดีรังสิต เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10310

ทะเบียนเลขที่ : 0107555000406

☎ +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025

Muang Thai Life Assurance PCL

250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310

Registration : 0107555000406

☎ +66 (0) 2276 1997-8

🌐 muangthai.co.th

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อการปกปิด
ข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

CLIENT NO. _____

ชื่อตัวแทน/นายหน้า _____

ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน/นายหน้า _____

ใบคำขอทำสัญญาประกันชีวิตเลขที่ _____

สัญญาประกันชีวิตเลขที่ _____

ใบคำขอสมัครเป็นสมาชิกประกันชีวิต ชื่อนี้มีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกประกันชีวิตและรายละเอียดการขอเป็นสมาชิกประกันชีวิต

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกประกันชีวิต (ภาษาไทย) _____
(ภาษาอังกฤษ) _____

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ _____ ศาสนา _____ อายุ _____ ปี เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____เอกสารที่ใช้แสดงตน ☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วันหมดอายุ _____☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____

หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____

ค สถานที่ทำงาน

อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____

ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

จ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร

☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน☐ สถานที่ทำงาน☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

ข ที่อยู่ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

บ้านเลขที่ _____ ถนน _____

ตำบล _____

อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ประเทศ _____

ง ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____

หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____

ฉ ข้อมูลการติดต่อ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูล
การติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับสัญญาประกันชีวิต

โทรศัพท์มือถือ _____

อีเมล _____

ช การรับสัญญาประกันชีวิตโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกสัญญาประกันชีวิตโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนเล่มสัญญาประกันชีวิต และจัดส่งสัญญาประกันชีวิต
ไปยังระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ(กรณีไม่ระบุความประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งสัญญาประกันชีวิตไปยังระบบข้อมูลที่ระบุไว้ได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเป็นเล่ม
สัญญาประกันชีวิตให้แก่ท่านตามที่อยู่ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอฯ)

(กรณีผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกประกันชีวิต ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการติดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วนที่ 4 เท่านั้น)

3 อาชีพประจำ _____

ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

รายได้ต่อปี _____ บาท

อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) _____

ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____

ลักษณะธุรกิจ _____

รายได้ต่อปี _____ บาท



4 แบบตะกาฟูล เงินสมทบตะกาฟูล และวิธีการชำระเงินสมทบตะกาฟูล

รายละเอียด	จำนวนเงินหลักประกันตะกาฟูล (บาท)	จำนวนเงินสมทบตะกาฟูล (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
สัญญาตะกาฟูลชีวิต โปรดระบุ			สัญญาตะกาฟูลชีวิต
สัญญาเพิ่มเติม			ระยะเวลาสัญญาตะกาฟูล
สัญญาเพิ่มเติม			_____ ปี
สัญญาเพิ่มเติม			ระยะเวลาชำระเงินสมทบ
สัญญาเพิ่มเติม			ตะกาฟูล
สัญญาเพิ่มเติม			_____ ปี
สัญญาเพิ่มเติม			ชนิด
สัญญาเพิ่มเติม			☐ มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม			☐ ไม่มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม			
รวมเงินสมทบตะกาฟูล _____			

ถ้ามีเงินปันผลเลือก ☐ ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค ☐ นำไปชำระเงินสมทบตะกาฟูล ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม (หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะถือว่าเลือกขอรับเป็นเงินสด/เช็ค)

วิธีการชำระเงินสมทบตะกาฟูล ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ รายปี ☐ ชำระเงินสมทบตะกาฟูลครั้งเดียว

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลนี้ _____ บาท

ชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ บัตรเครดิต ☐ แคนเชียร์เช็ค/ดราฟ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

☐ เช็ค ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่เช็ค _____ เช็คลงวันที่ _____

☐ เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

ธนาคาร _____ สาขา _____

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเงินสมทบตะกาฟูลงวดแรก ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

ข้อมูลผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล

- ☐ ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) โปรดระบุรายละเอียด ข้อ 19-21
- ☐ ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลบรรลุนิติภาวะและเป็นผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูลด้วยตนเอง
- ☐ ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลบรรลุนิติภาวะและไม่ได้เป็นผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูลด้วยตนเองโปรดระบุรายละเอียด ดังนี้
- ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์ _____

5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่ หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์

6 ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต/สัญญาตะกาฟูล หรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัย/ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล ดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย / จำนวนเงินหลักประกันตะกาฟูล (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย/รับเป็นสมาชิกตะกาฟูล เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย/เงินสมทบตะกาฟูล เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอา ประกันภัย/ขอเป็นสมาชิกตะกาฟูล หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์/สัญญาตะกาฟูล 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
- ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุ ปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี
- ☐ เลิกสูบ เมื่อ _____

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

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล

- 12 บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบหรือไม่?
- ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็น โปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น

- 13 สามี/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่ ?
- ☐ ไม่เป็น
- ☐ เป็น หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง
- ☐ เป็นโรคเอดส์ (HIV) ☐ เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล

- 14 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?
- ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยมีหรือกำลังมี โปรดทำเครื่องหมายระบุอาการและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การมองเห็นผิดปกติ
- ☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- ☐ มีพัฒนาการช้า
- ☐ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง
- ☐ ร่างกายสูญเสียประสาทความรู้สึก
- ☐ ไอเรื้อรัง
- ☐ ไอเป็นเลือด
- ☐ เหนื่อยง่ายผิดปกติ
- ☐ เจ็บหรือแน่นหน้าอก
- ☐ ใจสั่น

- ☐ ปวดท้องเรื้อรัง
- ☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด
- ☐ ท้องมาน
- ☐ ท้องเสียเรื้อรัง
- ☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ
- ☐ ปวดข้อเรื้อรัง
- ☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง
- ☐ จำเลือน
- ☐ คลำพบก้อนเนื้อ

- อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา
- ☐ อาการอ่อนเพลีย
 - ☐ ไข้เรื้อรัง
 - ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง

- เฉพาะสตรี
- ☐ กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน
 - ☐ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
 - ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

15 ท่านเคยได้รับการตั้งข้อสังเกต หรือการวินิจฉัย หรือการรักษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

16 ก ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ด้วยการเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด ได้รับคำปรึกษา/การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพรวมถึง ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ในข้อ 16 ก. หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

17

คำถามข้อ 17. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัย/ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล สัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง ท่านเคยได้รับการตั้งข้อสังเกต หรือการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ ปวดศีรษะไมเกรน | ☐ ภูมิแพ้ | ☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | ☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง |
| ☐ ไช้สออักเสบ | ☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | ☐ กรดไหลย้อน | ☐ ถุงน้ำดีอักเสบ |
| ☐ ไล่เลื้อน | ☐ ริดสีดวงทวาร | ☐ มีกลิ่นทูลูตร | ☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน |
| ☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท | ☐ ข้อเสื่อม | ☐ ข้อเสื่อม | ☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง |
| ☐ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | ☐ นิ่ว | ☐ ออทิสติก | ☐ สมาธิสั้น |

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

18

สำหรับผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) _____

ส่วนที่
4

คำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล หรือ บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย กรณีผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์)

19

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล (ภาษาไทย) _____

(ภาษาอังกฤษ) _____

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ _____ ศาสนา _____ อายุ _____ ปี เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

เอกสารที่ใช้แสดงตน ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ _____

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว _____ วันหมดอายุ _____

ความสัมพันธ์กับผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล _____

20

ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____

หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____

ข ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

บ้านเลขที่ _____ ถนน _____

ตำบล _____

อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ประเทศ _____

๓ สถานที่ทำงาน _____
 อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____
 ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
 แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
 จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

๔ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
☐ สถานที่ทำงาน
☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

๕ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
 บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____
 หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
 แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
 จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์บ้าน _____

๖ ข้อมูลการติดต่อ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูล
 การติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับสัญญาตะกาฟูล
 โทรศัพท์มือถือ
 อีเมล _____

๗ การรับสัญญาตะกาฟูลโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์
☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกสัญญาตะกาฟูลโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนเล่มสัญญาตะกาฟูล และจัดส่งสัญญาตะกาฟูล
 ไปยังระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ
 (กรณีไม่ระบุความประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งสัญญาตะกาฟูลไปยังระบบข้อมูลที่ระบุไว้ได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเป็น
 เล่มสัญญาตะกาฟูลให้แก่ท่านตามที่อยู่ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอฯ)

21 อาชีพประจำ _____
 ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
 ลักษณะธุรกิจ _____
 รายได้ต่อปี _____ บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) _____
 ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
 ลักษณะธุรกิจ _____
 รายได้ต่อปี _____ บาท

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูลของผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) ที่ขอเป็นสมาชิกตะกาฟูลสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์
 ผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล

22 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย/รับเป็นสมาชิกตะกาฟูล เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย/เงินสมทบตะกาฟูล เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข
 สำหรับการขอเอาประกันภัย/ขอเป็นสมาชิกตะกาฟูล หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์/สัญญาตะกาฟูล
 จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด _____

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

23 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคยดื่ม
☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุ ชนิด _____
 ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง
 ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์
 ดื่มมานาน _____ ปี
☐ เลิกดื่ม เมื่อ _____

24 ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

☐ ไม่เปลี่ยน
☐ เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก.
☐ ลดลง _____ กก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

25 ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ
 ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงใดๆ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด _____

26 ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์
 ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด _____

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ/รักษา	วัน/เดือน/ปีที่รักษา

27 เฉพาะสตรี ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?

- ☐ ไม่เคย/ไม่มี
- ☐ เคย/มี หากเคยมี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ กำลังตั้งครรภ์ _____ เดือน
- ☐ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
- ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

ส่วนที่ 6 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล และบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย (กรณีผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์))

1 การรับรองสถานะ

ก ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

- ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 19 ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ ☐ ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 19 ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 19 ☐ ไม่มี ☐ มี

ง ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ 19 ☐ ไม่มี ☐ มี

2 คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการมีเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับเป็นสมาชิกตะกาฟูล หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามสัญญาตะกาฟูลตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับเป็นสมาชิกตะกาฟูล หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับเป็นสมาชิกตะกาฟูล หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามสัญญาตะกาฟูลตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับเป็นสมาชิกตะกาฟูล หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 7 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเงินสมทบตะกาฟูลต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 8 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลของผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล และ/หรือบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือผู้ชำระเงินสมทบตะกาฟูล (กรณีผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์)) การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูลนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับเป็นสมาชิกตะกาฟูลและปฏิเสธการจ่ายเงินตามสัญญาตะกาฟูล
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเป็นสมาชิกตะกาฟูลหรือการจ่ายเงินตามสัญญาตะกาฟูลได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอสมัครหรือการจ่ายเงินตามสัญญาตะกาฟูล หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกสัญญาตะกาฟูลก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในสัญญาตะกาฟูล (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินหลักประกันตะกาฟูลที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาตะกาฟูล

(ลงชื่อ) _____

(_____)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิกตะกาฟูล

(ลงชื่อ) _____

(_____)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย



ใบสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

โดย บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต



☐ ไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club (กรุณาพลิกด้านหลัง)

เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่านกรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจง

- ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก (โปรดระบุ) เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเพื่อแจ้งข่าวสารและกิจการ
โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์บ้าน : โทรศัพท์ที่ทำงาน :
อีเมล :

(กรณีผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี ให้ข้ามไปกรอกข้อ 10.)

- ระดับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ☐ ระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ☐ 10,001 – 15,000 บาท ☐ 15,001 – 30,000 บาท
☐ 30,001 – 50,000 บาท ☐ 50,001 – 70,000 บาท ☐ 70,001 – 100,000 บาท
☐ 100,001 – 250,000 บาท ☐ มากกว่า 250,000 บาท ขึ้นไป
- สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- จำนวนบุตรคน บุตรคนที่ 1 อายุ.....ปี บุตรคนที่ 2 อายุ.....ปี บุตรคนที่ 3 อายุ.....ปี
- กิจกรรมยามว่างที่ชอบ (เลือกได้สูงสุด 3 ข้อ)
☐ ฟังเพลง/ชมคอนเสิร์ต ☐ ชมการแสดง/ละครเวที ☐ เล่นกีฬาฟิตเนส ☐ ท่องเที่ยวในประเทศ ☐ ท่องเที่ยวต่างประเทศ ☐ อ่านหนังสือ
☐ ดึงสร้อยคอที่บ้าน ☐ ดูหนัง/ชมภาพยนตร์ ☐ ช็อปปิ้ง ☐ เลี้ยงสัตว์ ☐ แรลลี่ผจญภัย ☐ เล่นเกม/อินเตอร์เน็ต
☐ ดูดวง/ฮวงจุ้ย ☐ ตกแต่งบ้านและสวน ☐ ทำงานฝีมือ/ศิลปะ/ถ่ายภาพ ☐ ไหว้พระ/ทำบุญ ☐ สบ้ำซูลูและสุขภาพ ☐ แต่งหน้า/เสริมความงาม
☐ ทำอาหาร/ทำขนม ☐ เล่นฮิลลาห์ ☐ ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนนี้สำหรับน้องๆ อายุต่ำกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี

- กิจกรรมที่น้องๆ อยากเข้าร่วมมากที่สุด (เลือกได้สูงสุด 3 ข้อ)
☐ เรียนร้องเพลง ☐ ทัศนศึกษาในประเทศ ☐ ทัศนศึกษาต่างประเทศ ☐ ชมการแสดง ☐ ชมคอนเสิร์ต ☐ กิจกรรมด้านกีฬา
☐ การแสดงมายากล ☐ แคมป์ภาษาอังกฤษ ☐ เรียนวาดรูป ☐ เรียนเต้นรำ/เต้นบัลเลต์ ☐ ทำกิจกรรมร่วมกับคุณพ่อ คุณแม่
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ท่านสนใจสมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด หรือไม่ ☐ สนใจ ☐ ไม่สนใจ โปรดระบุเหตุผล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้ถูกต้องครบถ้วนและเป็นความจริงทุกประการ โดยข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับข้อตกลงและเงื่อนไขการสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club ที่ออกโดย บริษัทฯ ทุกประการ และตกลงให้เป็นสิทธิของบริษัทฯ ในการพิจารณาต่ออายุ/ยกเลิก/เปลี่ยนแปลง สถานะบัตร สมาชิกเมืองไทย Smile Club ได้ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของบริษัทฯ กำหนด ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้าที่ได้ไว้กับบริษัทฯ หรือที่อยู่ในความครอบครองของบริษัทฯ รวมถึงข้อมูลที่จะให้เพิ่มเติมแก่บริษัทฯ ในอนาคต ให้แก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่น ตามที่บริษัทฯ เห็นว่าจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ หรือการนำเสนอผลิตภัณฑ์ และข้อเสนอพิเศษอื่น หรือเพื่อการอื่นใดที่บริษัทฯ เห็นว่าจะเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดส่งข้อมูลข่าวสารกิจกรรม หรือสิทธิประโยชน์ตามที่อยู่ หรือผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น อีเมล, SMS, ฯลฯ ให้กับข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ หากข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อจะแจ้งบริษัทฯ ทันทีที่โทร. 1766 เมืองไทย Smile บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณา เฉพาะผู้ที่ให้ข้อมูลครบถ้วน

กรณีผู้สมัครอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์

ผู้ชำระเบี้ยประกันผู้ให้ความยินยอมโปรดลงนามเพิ่ม

ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้ปกครองที่รับผิดชอบกฎหมาย

ลงชื่อ X..... (ลายเซ็น)

(.....) (กรอกตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ X..... (ลายเซ็นผู้สมัคร)

(.....) (กรอกตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สิทธิพิเศษเหนือระดับสำหรับสมาชิก เมืองไทย Smile Club

สิทธิประโยชน์สำหรับผู้เอาประกันภัยของเมืองไทยประกันชีวิต เท่านั้น เมื่อผู้เอาประกันภัยสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

- กิน เที่ยว ช้อป ตามไลฟ์สไตล์ที่คุณชื่นชอบ
- คะแนนสะสม Smile Point แลกรับสิทธิประโยชน์เข้าร่วมกิจกรรมเมืองไทย Smile Club ตลอดทั้งปี

ขอบแบบไหน...คุณเลือกได้

- ส่วนลดโรงแรมที่พัก ร้านอาหาร สถาบันเสริมความงาม และโรงพยาบาล กว่า 2,000 แห่งทั่วประเทศ
- ส่วนลดชมการแสดงชั้นนำ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่บริษัทฯ เป็นผู้สนับสนุน

เงื่อนไขและหลักเกณฑ์อื่นๆ เป็นไปตามที่บริษัทฯ กำหนด

สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

สามารถติดต่อตัวแทนเมืองไทยประกันชีวิต หรือ ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.muangthai.co.th/smileclub

หรือโทร 1766 เมืองไทย Smile ตลอด 24 ชั่วโมง

แบบสอบถามสำหรับผู้เอาประกันภัย

(กรณีไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club และ บัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด)

1. เหตุผลที่ไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club

- ☐ ไม่สนใจสมัครสมาชิกเมืองไทย Smile Club โปรดระบุเหตุผล
(ถ้าเลือกคำตอบข้อนี้แล้วให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)
- ☐ ปัจจุบันเป็นสมาชิกเมืองไทย Smile Club อยู่แล้ว (เลือกคำตอบต่อไปในข้อที่ 2)

2. ปัจจุบันท่านมีบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ดแล้วหรือยัง

- ☐ มีบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ดแล้ว (เลือกคำตอบข้อนี้แล้วให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)
- ☐ ยังไม่มีบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด (เลือกคำตอบต่อไปในข้อที่ 3)

3. ท่านสนใจสมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ดในครั้งนี้ หรือไม่

- ☐ สนใจ สมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด (เลือกคำตอบข้อนี้แล้วให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)
- ☐ ไม่สนใจ สมัครบัตรเมืองไทยสไมล์เครดิตการ์ด โปรดระบุเหตุผล
(เลือกคำตอบข้อนี้ให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อด้านล่าง)

ลงชื่อ X..... (ลายเซ็นผู้ขอเอาประกันภัย)

(.....) (กรอกตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....