



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต

250 ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท กรุงเทพมหานคร 10310

ทะเบียนเลขที่: 0107555000406

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

Muang Thai Life Assurance PCL

250 Rachabuthi Rd. Huaykwang, Bangkok 10310

Registration: 0107555000406

☎ +66 (0) 2274 1997-8

🌐 muangthai.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย

ชื่อธนาคาร.....

รหัสสาขา.....รหัสพนักงาน.....

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่.....

ใบรับรองฯ เลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ.....ไม่ต้องการกรอก.....สัญชาติ.....ไม่ต้องการกรอก.....ศาสนา.....ไม่ต้องการกรอก.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ.....ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
เอกสารที่ใช้แสดงตน ☐ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....วันบัตรหมดอายุ.....
☐ หนังสือเดินทางเลขที่.....วันบัตรหมดอายุ.....
☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ.....
อาชีพ.....ตำแหน่ง.....ชื่อภรรยา/สามี.....

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....
สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ สถานที่ทำงาน

3. ได้มีสัญญากู้ไว้กับ.....สัญญาเงินกู้เลขที่.....
ยอดเงินกู้/ยอดเงินกู้ค้างชำระ ในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี
ผู้กู้ร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี.....คน ระบุชื่อ - สกุล

4. จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ
ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
ผู้กู้ร่วมที่ทำประกันภัยด้วย ☐ ไม่มี ☐ มี.....คน ระบุชื่อ - สกุล

5. ผู้รับผลประโยชน์ ได้แก่..... (เจ้าหนี้) เป็นผู้รับผลประโยชน์อันดับแรก เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเหลือจ่ายให้แก่

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/เอกสารที่ หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			



2-03-05-2394

หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่ม

6. ให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรอกข้อความต่อไปนี้

- 6.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลดเบี้ยคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุข้อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
- 6.2 ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่
☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....เลิกเสพเมื่อ.....
- 6.3 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....เลิกดื่มเมื่อ.....
- 6.4 ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน สาเหตุที่เปลี่ยนแปลง.....
- 6.5 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคประสาทหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุโรค.....สถานพยาบาลที่รักษา.....
- 6.6 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุโรค.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

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

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

- ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

- ☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

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

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าวถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัยหรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ข้อความยืนยันด้วยถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

โครงการสินสบาย

AGENT CODE700588....

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

โปรดให้ข้อมูลการแสดงตนของผู้ขอสมัครเอาประกันภัย (เพิ่มเติม)

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ).....
2. ที่อยู่ ในประเทศของเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย).....
3. ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ ลักษณะงาน.....ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปี.....บาท



MUANG THAI LIFE
ASSURANCE

แบบประกันภัย ค้ำครองสินเชื่อแบบลดหย่อน (สินสบาย)

แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

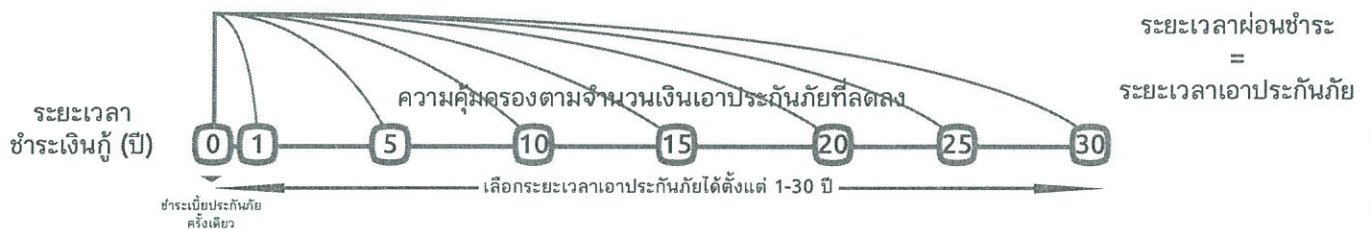


2-02-03-PR1

ตัวแทนประกันชีวิต บริษัท อินทวิทย์ประกันภัย จำกัด.....

เสนอ..... อายุ.....ปี

ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ครั้งเดียว



รูปแบบความคุ้มครองข้างต้นอยู่บนสมมติฐานของลูกค้ำที่มีประวัติการชำระเงินกู้เป็นปกติตามสัญญาเงินกู้ของธนาคาร

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย
แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหย่อน (สินสบาย)	 บาท

เบี้ยประกันภัย	งวดการชำระเบี้ยประกันภัย
เบี้ยประกันชีวิต แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหย่อน (สินสบาย) บาท การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้อำประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น	☐ ครั้งเดียว

ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในขณะที่กรมธรรม์มีผลบังคับ

- เมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต และบริษัทได้รับหลักฐานพิสูจน์การรณกรรมตามแบบและวิธีที่บริษัทกำหนดจนครบถ้วนแล้วความคุ้มครองเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง
 - การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้
 - กรณีพิสูจน์ได้ว่าการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง โดยเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 180 วัน บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง และให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดผลบังคับ
 - กรณีที่เกิดการสูญเสียที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์ เพิ่มเติมตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงและให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดผลบังคับ
- หมายเหตุ : • เบี้ยประกันภัยของสัญญาประกันภัยนี้ สามารถนำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 172 สำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป และฉบับที่ 315
- จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง ตามอัตราดอกเบี้ยการกู้ 8% ต่อปี

สรุปเงื่อนไขทั่วไปของกรมธรรม์โดยย่อ ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย กรณีที่บริษัท จะไม่คุ้มครอง และช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย ระบุไว้ที่ด้านหลังเอกสารนี้

ต้นฉบับ (สีขาว) สำหรับบริษัท	ลายมือชื่อตัวแทน _____ วันที่ ____ / ____ / ____ เวลา ____ น.	(ข้อความเกี่ยวกับเงื่อนไขการรับประกันภัย)	ลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____ วันที่ ____ / ____ / ____	บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. +66 (0) 2274-9400, +66 (0) 2276-1025 โทรสาร: +66 (0) 2276-1997-8
---	--	---	---	--

- สรุปเงื่อนไขทั่วไปของแบบประกันภัยที่ควรทราบโดยย่อ

สัญญาประกันภัยเกิดจากบริษัท เชื่อถือข้อแถลงของผู้เอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัย ใบแถลงสุขภาพและข้อแถลงเพิ่มเติมอื่นที่ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อไว้และชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกแล้ว บริษัทฯ จึงตกลงทำสัญญา ซึ่งเป็นสัญญาที่ระบุสิทธิและหน้าที่ของคู่สัญญาไว้ชัดเจน คือ หากผู้เอาประกันภัยปกติข้อเท็จจริงหรือให้ถ้อยแถลงเท็จที่อาจก่อให้เกิดข้อสงสัยหรือไม่นำสัญญาด้วย บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาและไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ หากสัญญาสมบูรณ์ และผู้เอาประกันภัยไม่ขาดการชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทฯ จะชดเชยค่าสินไหมทดแทนที่ไม่อยู่ในข้อยกเว้นของสัญญาให้ ส่วนผู้เอาประกันภัยเมื่อได้รับกรมธรรม์และยังไม่ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ได้ด้วยการส่งกรมธรรม์คืนบริษัทฯ ภายใน 15 วัน นับแต่ได้รับกรมธรรม์จากบริษัทฯ นอกจากนี้ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิขอเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จหรือขอแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา หรือมีสิทธิขอเวนคืนกรมธรรม์และรับเงินค่าเวนคืนตามจำนวนที่กำหนดไว้ในตารางมูลค่ากรมธรรม์กับผลประโยชน์อื่นๆ อันพึงจะได้รับ (ถ้ามี) หักด้วยจำนวนหนี้สินใดๆ ที่ค้างชำระอยู่ (ถ้ามี) เป็นต้น ทั้งนี้เงื่อนไขโดยละเอียดของกรมธรรม์เป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ที่บริษัทฯ จะออกและส่งมอบให้ยึดถือไว้ต่อไป

- ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ในกรณีที่ผู้ถือกรมธรรม์และ/หรือสมาชิกผู้เอาประกันภัยอยู่แล้ว และแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริงใด แต่ไม่เปิดเผยข้อความจริงนั้น ให้บริษัทฯ ทราบในขณะที่ขอเอาประกันภัย ซึ่งถ้าบริษัทฯ ทราบข้อความจริงนั้นๆ แล้ว อาจแจ้งบริษัทฯ ให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือไม่ยอมทำสัญญา สัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆียะตาม ป.พ.พ. มาตรา 865 ซึ่งบริษัทฯ อาจบอกล้างสัญญา และไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ ความรับผิดชอบของบริษัทฯ จะมีเพียงสินเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระให้แก่บริษัทฯ แล้วทั้งหมดเท่านั้น

- กรณีที่บริษัทฯ จะไม่คุ้มครอง

1. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยฆ่าตัวตายด้วยใจสมัครภายใน 1 ปี นับแต่วันเข้าร่วมการประกันภัย
2. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา
3. กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยแถลงอายุคลาดเคลื่อนไม่ตรงความจริง และบริษัทฯ พิสูจน์ได้ว่าในขณะที่ทำสัญญาประกันภัยอายุที่ถูกต้องแท้จริงอยู่นอกจำกัดอัตราตามตารางค่าปกติของบริษัทฯ

- ข้อยกเว้นความคุ้มครองกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงมีทั้งหมด 8 ข้อดังนี้

- บริษัทฯ จะไม่คุ้มครองการสูญเสียหรือทุพพลภาพใดๆ ที่เกิดขึ้นโดยทางตรงหรือทางอ้อม ทั้งหมดหรือแต่บางส่วน สืบเนื่องจากสาเหตุ หรือเกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้
1. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
 2. การบาดเจ็บขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุมหรือหลบหนีการจับกุม
 3. สงครามไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การจลาจล การก่อการร้าย
 4. การบาดเจ็บขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลงหรือโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
 5. การบาดเจ็บขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยขับหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
 6. การบาดเจ็บขณะที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม
 7. ความบกพร่องทางร่างกาย การเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยทราบอยู่แล้วในขณะที่สัญญาประกันภัยเริ่มมีผลบังคับ แต่มีได้แจ้งให้บริษัทฯ ทราบแล้วแต่สมาชิกผู้เอาประกันภัยได้เอาประกันภัยตามสัญญานี้มาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน
 8. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการกระทำของสมาชิกผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

หนังสือขั้วขวมนี้นับเป็นข้อมูลเบื้องต้นของแบบประกันภัย โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในกรมธรรม์

- ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

1. ที่ธนาคาร โดยชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคาร หรือหักผ่านบัญชีเงินฝาก
2. ที่เคาน์เตอร์เซอร์วิสและจุดบริการชำระเงินอื่นๆ
3. ที่ทำการไปรษณีย์ โดยบริการ PAY AT POST
4. ที่สำนักงานใหญ่และสาขาของบริษัทฯ

ท่านสามารถดูวิธีการโดยละเอียดได้จากใบแจ้งกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย หรือ www.muangthai.co.th หรือสอบถามที่ศูนย์บริการลูกค้า โทร 1766

คำเตือน : ผู้ขอเอาประกันภัยควรศึกษา และทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์แล้วโปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดและเงื่อนไขในการออกกรมธรรม์



กรณาเขียนชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง