



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
☎ +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 ☎ +66 (0) 2276 1997-8
🌐 muangthai.co.th

โรงพยาบาลอภัยประเทศ
เลขรับที่ ๕๒๖๙
วันที่ ๒๙ ๑๕ ๖๕
เวลา ๑๔.๒๘ น.

ที่ คค.พ/๐๕/๒๕๖๕

วันที่ ๒๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง ขอประวัติการรักษาของผู้เอาประกันภัย
เรียน ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาล / คลินิก อภัยประเทศ

ตามที่ นาง จันทิมา นาง พนม ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยของบริษัท เข้ารับการรักษา
ที่สถานพยาบาลของท่านตามบัตรผู้ป่วยเลขที่..... นั้น ทั้งนี้เพื่อให้การพิจารณารับประกัน / ค่าสินไหมทดแทน
เป็นไปอย่างถูกต้องและรวดเร็ว บริษัท ขอความร่วมมือ กรุณาดำเนินการถ่ายสำเนาเอกสาร ดังต่อไปนี้

1. สำเนาใบลงทะเบียนประวัติการรักษา ที่ระบุข้อมูลเรื่องที่อยู่ และ วัน เดือน ปี เกิด ของผู้เอาประกันภัย
2. สำเนา OPD (ผู้ป่วยนอก) และ IPD (ผู้ป่วยใน) ทั้งหมด ตั้งแต่รักษาครั้งแรก จนถึง ครั้งสุดท้าย
3. ผลการวินิจฉัยทางห้องทดลอง และรังสี รวมถึงผลการตรวจพิเศษต่างๆ
4. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ

พร้อมกันนี้ บริษัท ได้แนบหนังสือมอบอำนาจ และยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้เอาประกันภัย ซึ่งได้มอบอำนาจ และให้
ความยินยอม โดย นาง. ศรพร นางกมล ในฐานะ ผู้แทนครอบครัว และค่าธรรมเนียมในการขอประวัติ
การรักษาเป็นจำนวนเงิน 300 บาท (.....) โดยส่งจ่ายเป็น ☒ เงินสด ☐ เช็คเข้าบัญชีโดยเฉพาะ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ที่ได้ให้ความร่วมมือแก่บริษัท ด้วยดีเสมอมา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรมอบ OPD + กตรวจห้องปรีเว
☐ อื่นๆ

ขอแสดงความนับถือ

144

พ.ญ.สุณี อัสวารุณ
แพทย์หญิงที่ปรึกษา

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยประเทศ

๒๙ กย ๒๕๖๕

หมายเหตุ : กรุณาส่งเอกสารกลับ บริษัท ตามช่องตอบรับที่ได้แนบมาพร้อมจดหมายนี้ หรือ จัดส่งไปที่
บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ทีม.....)
เลขที่ 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

หากเอกสารไม่ครบถ้วน หรือ เอกสารเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณาติดต่อกลับ คุณ.....

๐๙๕-๒๕๐ ๑๐๖๘ นางช.



คำร้องที่ 6197/2565

มรณบัตร

สำนักทะเบียน อำเภออรัญประเทศ

เลขที่ 02-27065475

1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล

1.2 เลขประจำตัวประชาชน

1.3 เพศ

1.4 อายุ

นายจำนงค์ ธนไพฑูริย์

3-2502-00743-07-3

ชาย

59 ปี

1.

1.5 สัญชาติ

1.6 อาชีพ

1.7 สถานภาพการสมรส

ไทย

ไม่ได้ทำงาน

โสด

ผู้ตาย

1.8 ที่อยู่

155/137 หมู่ที่ 7 ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

2.

2.1 ตายเมื่อ

24 สิงหาคม 2565

เวลา 18:05 น.

2.2 ผู้รักษาก่อนตาย

ไม่มี

รายการ
ตาย

2.3 หนังสือรับรองการตาย

2.4 สาเหตุการตาย

มี เลขที่ 346/2565

มะเร็งลำไส้

3.

3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่ บ้าน

3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน

155/137 หมู่ที่ 7

ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

- ปี - เดือน - วัน

สถานที่
ที่ตาย

4.

4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล

4.2 เลขประจำตัวประชาชนมารดา

เจลา

มารดา

4.3 ชื่อตัว - ชื่อสกุล

4.4 เลขประจำตัวประชาชนบิดา

จำลอง

3-3102-00100-87-6

บิดา

ของผู้ตาย

5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล

5.2 เลขประจำตัวประชาชน

น.ส.อำไพ ปลั่งกมล

3-2597-00121-76-6

ผู้แจ้ง

5.3 ที่อยู่

5.4 ความเกี่ยวข้องเป็น

155/137 หมู่ที่ 7

บุตร

การตาย

ต.บ้านใหม่หนองไทร อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

เป็นญาติ

6.

6.1 จัดการศพโดย

6.2 สถานที่

เจ้าพนักงานสาธารณสุข บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต

เผา

วัดชนะชัยศรี ต.ปากท่าย อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว

ศพ

7. ใบรับแจ้งการตาย

ไม่มี

8. วันที่รับแจ้งการตาย

25 สิงหาคม 2565

ลงชื่อ

น.ส.อำไพ ปลั่งกมล

ลงชื่อ

(น.ส.เตือนใจ จันทร์)

ลงชื่อ

(นางศิริจิตร โชคเฉลิม)

ผู้แจ้งการตาย

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

นายทะเบียนผู้รับแจ้งการตาย

การเปลี่ยนแปลงการจัดการศพ

ลงชื่อ

นายทะเบียน

ผู้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลง

บันทึกเพิ่มเติม

หนังสือรับรองการตายเลขที่ 346/2565 รพ.อรัญประเทศ ต.อรัญ อ.อรัญ

จ.สระแก้ว พญ.ภาสินี ทรงปรอง จ.24 ส.ค. 2565

ศิริพร

ปลั่งกมล 11/7/65



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บพ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10310
โทรสาร : 0107555000406
โทร : +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025

Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadachisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
Registration : 0107555000406
โทร : +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025
muangthai.co.th

สำหรับอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป



M63356503147

CLIENT NO.

ชื่อตัวแทน/นายหน้า น.ส. อังคณา มาครอง

ใบอนุญาตเลขที่ 6201083341 รหัสตัวแทน/นายหน้า 913085

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ -

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อการปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด แบบที่ 1

ส่วนที่ 1

คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย (ภาษาไทย) นาย จานงค์ ธนไพบูลย์
(ภาษาอังกฤษ) JAMNONG THANAPAIBOON

ชื่อและนามสกุลเดิม -

เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อายุ 57 ปี เกิดวันที่ 17 เดือน ม.ค. พ.ศ. 2506

เอกสารที่ใช้แสดงตน ☒ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ 3 2 5 0 2 0 0 7 4 4 0 7 3 วันหมดอายุ 16 ม.ค. 2572

☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ - วันหมดอายุ -

☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ -

สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 155/137 หมู่บ้าน/อาคาร บ้านใหม่หนองไทร
หมู่ที่ 7 ตรอก/ซอย - ถนน -
แขวง/ตำบล บ้านใหม่หนองไทรเขต/อำเภอ อรัญประเทศ
จังหวัด สระแก้ว รหัสไปรษณีย์ 27120
โทรศัพท์บ้าน 062312364

ข ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ(กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

บ้านเลขที่ - ถนน -
ตำบล -
อำเภอ -
จังหวัด - รหัสไปรษณีย์ -
ประเทศ -

ค สถานที่ทำงาน

อาคาร บ้านใหม่หนองไทร เลขที่ 155/137 หมู่ที่ 7
ตรอก/ซอย - ถนน -
แขวง/ตำบล บ้านใหม่หนองไทรเขต/อำเภอ อรัญประเทศ
จังหวัด สระแก้ว รหัสไปรษณีย์ 27120
โทรศัพท์ที่ทำงาน 062312364

ง ที่อยู่ปัจจุบัน ☒ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ

บ้านเลขที่ 155/137 หมู่บ้าน/อาคาร บ้านใหม่หนองไทร
หมู่ที่ 7 ตรอก/ซอย - ถนน -
แขวง/ตำบล บ้านใหม่หนองไทรเขต/อำเภอ อรัญประเทศ
จังหวัด สระแก้ว รหัสไปรษณีย์ 27120
โทรศัพท์บ้าน 062312364

จ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร

☒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
☐ สถานที่ทำงาน
☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

ฉ ข้อมูลการติดต่อ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูล

การติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

โทรศัพท์มือถือ 0 9 4 2 8 9 4 9 0 0

อีเมล POSEE_7@HOTMAIL.CO.TH

ช การรับกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนเล่มกรมธรรม์ และจัดส่งกรมธรรม์ไปยัง

ระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ

(กรณีไม่ระบุความประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลที่ระบุไว้ได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเป็นเล่มกรมธรรม์
ให้แก่ท่านตามที่อยู่ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอ)

3/10

นาย จานงค์ ธนไพบูลย์

นาย จานงค์ ธนไพบูลย์

เจ้าหน้าที่ฝ่ายกฎหมาย บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต



2-02-05-2385

3 **อาชีพประจำ** ค้าขายของชำประจำร้าน-เจ้าของ, ลูกจ้าง, พ่อค้า, แม่ค้า

ตำแหน่ง เจ้าของกิจการ

ลักษณะงานที่ทำ ค้าขายของของสดสดคอกลูกชิ้น

ลักษณะธุรกิจ ค้าขาย

รายได้ต่อปี 200,000.00 บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) -

ตำแหน่ง -

ลักษณะงานที่ทำ -

ลักษณะธุรกิจ -

รายได้ต่อปี - บาท

4 **แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย**

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรตระกูล เมืองไทย สมาร์ท โพรเทคชั่น 99/20	200,000.00	9,798.00	แบบประกันภัยหลัก
สัญญาเพิ่มเติม ซีไอ เพอร์เฟก แคร่	300,000.00	8,904.00	ระยะเวลาเอาประกันภัย
สัญญาเพิ่มเติม โรคร้ายแรง แสปปี้ ลีฟวิ่ง	300,000.00	10,200.00	42 ปี
สัญญาเพิ่มเติม ผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยของผู้เอา ประกันภัย (WP)		660.39	ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย
สัญญาเพิ่มเติม -			20 ปี
สัญญาเพิ่มเติม -			ชนิด
สัญญาเพิ่มเติม -			<input type="checkbox"/> มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม -			<input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม -			
สัญญาเพิ่มเติม -			
สัญญาเพิ่มเติม -			
รวมเบี้ยประกันภัย		29,562.39	

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

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☒ รายปี ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ 29,562.39 บาท

ชำระเป็น ☒ เงินสด ☐ บัตรเครดิต ☐ แคชเชียร์เช็ค/ดราฟ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ -

☐ เช็ค ธนาคาร - สาขา - เลขที่เช็ค - เช็คลงวันที่ -

☐ เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ - ชื่อบัญชี -

ธนาคาร - สาขา -

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ 600000291730

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

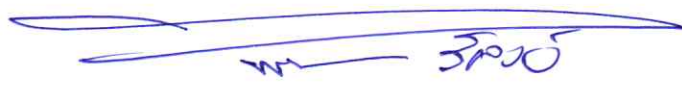
ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

☒ ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย นาย จันทน์ หนไพบูลย์ อายุ 57 ปี

อาชีพ ค้าขายของชำประจำร้าน-เจ้าของ, ลูกจ้าง, พ่อค้า, แม่ค้า ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย -


 เภ. เนนาอุตตอง
 นาย. - ยี่ วิฑวรงค์
 เจ้าหน้าที่ฝ่ายกฎหมาย บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต

ส่วนที่ 5

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงคฺจะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมาย ว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
- ☒ ไม่มีความประสงค์

ส่วนที่ 6

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไป ในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ 568 หมู่ 2 ต.ห้วยทะเล อ.เมือง จ.นครราชสีมา วันที่ 04 เดือน เม.ย. พ.ศ. 2563

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) อัครณา มาครอง

(น.ส. อัครณา มาครอง)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

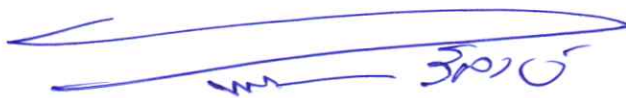
(ลงชื่อ) จันทก ชนไพบุลย์

(นาย จันทก ชนไพบุลย์)

ผู้ขอเอาประกันภัย

OTP เพื่อยืนยันตัวตน และรับรองการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ คือ 969525 ผ่านโทรศัพท์มือถือ 0942894900

วันที่ 4 เมษายน 2563 เวลา 13:23 น.



นางสาวอัครณา

นางสาว อัครณา มาครอง

เจ้าหน้าที่ฝ่ายกฎหมาย บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต



2-02-05-2385

หน้า 7/7



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

1. บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
2. สำนักงานใหญ่ เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) อาคาร 1 ชั้น 10 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 105
3. โทร 02-2582564 โทรสาร 02-2582565
4. แฟกซ์ 02-2582566

คำเตือน ผู้รับประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลตามข้อคำถามและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้

ด้วยคำผู้รับประโยชน์

เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

วันที่ 29 สิงหาคม 2565

- สัญญาประกันภัยเลขที่ 20295649 ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย นายฉันท ใจโพธิ์ ชื่อ-สกุลเดิม (ถ้ามี) -
- วันเดือนปีเกิดผู้เอาประกันภัย 11/1/2536 สถานที่เกิด อ.สราญบุรี
- วันที่เสียชีวิต 24 ส.ค. 65 สาเหตุการเสียชีวิต มะเร็งลำไส้
- อาชีพก่อนเสียชีวิต พ่อค้า สถานที่ทำงาน -
- สถานที่เสียชีวิต บ้าน
- ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาลแห่งนี้หรืออื่นๆ ดังนี้

โรคหรือ อาการเจ็บป่วย	วันที่รับการรักษา	ชื่อแพทย์	สถานพยาบาล
-			

- การย้ายถิ่นที่อยู่หรือสถานที่ทำงานก่อนเสียชีวิต ☒ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....
- การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกันภัย ☒ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....
- ข้อมูลผู้รับประโยชน์

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	ที่อยู่ปัจจุบัน	ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย)	อาชีพ	หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล
1. สุวิมล ใจโพธิ์	<input checked="" type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	-	ค้าขาย	0982582891
2.	<input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....			

- ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์.....

หากต้องการรับแจ้งข้อมูลการพิจารณาสินไหมมรณกรรมจากทางบริษัทเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ โปรดระบุหมายเลขโทรศัพท์

(บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการแจ้งข้อมูลเพียง 1 หมายเลขโทรศัพท์เท่านั้น)

- วิธีการรับสินไหมมรณกรรม

- ☐ รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ☐ ส่งทางไปรษณีย์ตามที่ระบุในข้อ 10
- ☒ รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา สราญบุรี อ.สราญบุรี
- ☐ ส่งผ่านตัวแทน ชื่อสังกัด.....

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ศาสนา เชื้อชาติ ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อบริษัทประกันภัยอื่น สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ควบคุมกำกับดูแล เพื่อให้บริษัท บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมทดแทน เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารประกันภัย และการดำเนินการอันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของส่วนตัวของบริษัทที่ www.tnolngthai.co.th/th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้ ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☒ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้นโดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ถ้อยคำมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้เยาว์) ของผู้เอาประกันภัย/ผู้จ้างสิทธิ์/ผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายหรือกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ที่ผ่านมาและข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาของผู้เอาประกันภัย ("ข้อมูล") เปิดเผยข้อมูลแก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ ให้สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ติดแนบไว้ใช้ติดต่อกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของส่วนตัวของบริษัท โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ วิริทธิ์ พงษ์ วัฒน ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้รับประโยชน์)/ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติ

ลงชื่อ ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้รับประโยชน์)/ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติ

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามหรือมอบความยินยอม

*ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

หมายเหตุ: 1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

*2. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนหรือมอบความยินยอม

*3. กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์หรือมอบความยินยอม

4. ก่อนนำส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) ขอให้ติดแนบข้อมูล "ศาสนา" หรือ "เชื้อชาติ" แล้วแต่กรณี จนไม่เกิดความขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจกันขึ้น หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัท ดำเนินการติดต่อกับข้อมูล "ศาสนา" หรือ "เชื้อชาติ" แทนท่านได้

5. ค่าบริการของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) หากดำเนินการแทนที่ได้รับจากผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ขอให้ผู้รับประโยชน์ทุกท่านแสดงตัวตน โดย

• สามารถแสดงตัวตนได้ที่ศูนย์บริการลูกค้า เมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ หรือแสดงตัวตนกับตัวแทนของบริษัท

• หรือสามารถดาวน์โหลด MTL Click Application โดยสแกน QR Code ด้านล่างนี้ เพื่อแนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผ่านผ่านแอป E-KYC บน MTL Click Application

• หรือขอให้นามรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนโดยส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

• สำหรับกรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์และผู้เยาว์ไม่มีบัตรประชาชน ขอให้ระบุและติดสติกเกอร์บนตัวตน ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

สำหรับตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้พบกับผู้รับประโยชน์ หรือ บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ ครบถ้วนทุกท่านตามที่ไดลงนามในเอกสารฉบับนี้ และได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ นาย อรุณกร วัฒน (ตัวบรรจง) รหัสตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัท 800461 วันที่ 29 ส.ค. 65



MTL Click Application

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 2597 00121 70 7
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. สิริพร ปลั่งกมล
Name Miss Siriphon
Last name Plangkaml

เกิดวันที่ 5 ก.ค. 2500
Date of Birth 5 Jul. 1957

ศาสนา
ที่อยู 155/137 หมู่ที่ 7 ต.บ้านใหม่หนองไทร
อ.สิริบุญเรือง จ.สระแก้ว

21 ก.ค. 2559
วันออกบัตร 21 Jul. 2016
Date of Issue

วันหมดอายุ 4 ก.ค. 2565
Date of Expiry 4 Jul. 2021

3795-02-07210953



BORA-7.2-05-2559

นางสาว สิริพร ปลั่งกมล
เจ้าหน้าที่วิทยุกระจายเสียง บมจ.เมืองไทย

THAILAND

JT3-1047093-04

ส.ส.พร ปร.ก.พว

รายการเกี่ยวกับบ้าน		เล่มที่	1
เลขรหัสประจำบ้าน	2510-014813-6	สำนักทะเบียน	อำเภอวัดพระบาท
รายการที่อยู่	155/137 หมู่ที่ 7		
	ตำบลบ้านใหม่หนองไทร อำเภอวัดพระบาท จังหวัดสระแก้ว		
ชื่อหมู่บ้าน	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ชื่อบ้าน ตรวจสอบแล้ว ปรากฏหลักฐาน บ้านที่วัดราษฎร์จากวัด 16 ธันวาคม 2535 พ.ศ. 2541 </div>		
ประเภทบ้าน	บ้าน		
วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่	16 ธันวาคม 2535		
ลงชื่อ	นายทะเบียน		
	(นายสุกีน จันทร์เพ็ญ)		
	วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 17 มิถุนายน 2546		


 นายทะเบียน

นายสุกีน จันทร์เพ็ญ		2	
เลขที่	2510-014813-6	ลำดับที่	1
ชื่อ	น.ส.สุกีน บัลังกมล	สัญชาติ	ไทย
เลขประจำตัวประชาชน	3-2597-00121-70-7	สถานภาพ	เจ้าบ้าน
เกิดเมื่อ	5 ก.ค. 2500		
มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ	ฉิมจิตร	3-2597-00121-68-5	สัญชาติ ไทย
บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ	ประทีป	สัญชาติ ไทย	
มาจาก	ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร		นายทะเบียน
เข้ามาอยู่บ้านนี้เมื่อ	3 ก.พ. 2538	(นายสุกีน จันทร์เพ็ญ)	
** โฟล์			นายทะเบียน

สุกีน บัลังกมล



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 3018 00519 40 2
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ไพฑูรย์ รัชวงศ์

Name Mr. Paatpon

Last name Ratchawong

เกิดวันที่ 31/3/2526

Date of Birth 31 Mar. 1983

ที่อยู่ 99/133 หมู่ที่ 1 ต.วังมะนาว

อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี

25 พ.ค. 2563

วันออกบัตร

25 May 2021

Date of Issue

(นายไพฑูรย์ รัชวงศ์)

เจ้าพนักงานออกบัตร

30 มี.ค. 2573

วันบัตรหมดอายุ

30 Mar. 2030

Date of Expiry



1025-05-05250938

ใช้ประกอบการขอใบ...

นาย ไพฑูรย์ รัชวงศ์

เจ้าพนักงานออกบัตร บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต

ไพฑูรย์
รัชวงศ์
83613



ใช้ประกอบการขอใบ...

mtl

MUANG THAI LIFE

