



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000406

Muang Thai Life Assurance PCL
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
Registration : 0107555000406

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

+66 (0) 2276 1997-8

muangthai.co.th

สำหรับอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป

CLIENT NO. _____

ชื่อตัวแทน/นายหน้า _____

ใบอนุญาตเลขที่ _____ รหัสตัวแทน/นายหน้า _____

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด แบบที่ 1

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) _____
(ภาษาอังกฤษ) _____

ชื่อและนามสกุลเดิม _____

เพศ ชาย หญิง สัญชาติ _____ 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 _____

ข ที่อยู่ ในประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)
บ้านเลขที่ _____ ถนน _____
ตำบล _____
อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ประเทศ _____

ค สถานที่ทำงาน
อาคาร _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____
ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
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 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูล
การติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย
โทรศัพท์มือถือ _____
อีเมล _____

ช การรับกรมธรรม์ประกันภัยโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์แทนเล่มกรมธรรม์ และจัดส่งกรมธรรม์ไปยัง
ระบบข้อมูลของข้าพเจ้าทางอีเมลที่ระบุไว้ในข้อมูลการติดต่อ
(กรณีไม่ระบุความประสงค์ หรือ บริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ไปยังระบบข้อมูลที่ระบุไว้ได้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการจัดส่งเป็นเล่มกรมธรรม์
ให้แก่ท่านตามที่อยู่ ณ สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสารที่ระบุไว้ในใบคำขอ)

3 อาชีพประจำ _____
ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำ _____
ลักษณะธุรกิจ _____
รายได้ต่อปี _____ บาท

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



4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรดระบุ _____			แบบประกันภัยหลัก
สัญญาเพิ่มเติม _____			ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี
สัญญาเพิ่มเติม _____			ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย _____ ปี
สัญญาเพิ่มเติม _____			ชนิด
สัญญาเพิ่มเติม _____			<input type="checkbox"/> มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม _____			<input type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม _____			
สัญญาเพิ่มเติม _____			
สัญญาเพิ่มเติม _____			
สัญญาเพิ่มเติม _____			
รวมเบี้ยประกันภัย _____			

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

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ _____ บาท

ชำระเป็น เงินสด บัตรเครดิต แคชเชียร์เช็ค/ตรา อื่นๆ โปรดระบุ _____

เช็ค ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่เช็ค _____ เช็คลงวันที่ _____

เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

ธนาคาร _____ สาขา _____

ใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินเลขที่ _____

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ ที่ระบุข้างต้น

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง

ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ความสัมพันธ์ _____

5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

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

6 ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม 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 _____ ซม. น้ำหนัก _____ ก.ก.
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?
- ไม่เปลี่ยนแปลง
- เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น _____ ก.ก.
 ลดลง _____ ก.ก.
 สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

- 12) บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) หรือไม่?
- ไม่เป็น
- เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น _____

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

- 13) ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่?
- ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี หากเคยมีหรือกำลังมี โปรดทำเครื่องหมายบอการและการรักษา 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"/> จำเลือด <input type="radio"/> คล้ำพบก้อนเนื้อ	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"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร <input type="radio"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
---	---	--	--

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

14 ท่านเคยได้รับการตั้งข้อสังเกต หรือการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?
 ไม่เคย เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

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

15 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/การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ในข้อ 15 ก. หรือไม่?
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

16 คำถามข้อ 16. คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคร้ายแรง
 ท่านเคยได้รับการตั้งข้อสังเกต หรือการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรค โดยแพทย์ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่?
 ไม่เคย เคย หากเคย โปรดทำเครื่องหมายระบุโรคและการรักษา ตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะไมเกรน | <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | <input type="checkbox"/> ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> ไชน์สอักเสบ | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน | <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดีอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน | <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร | <input type="checkbox"/> ฝีคัณฑสูตร | <input type="checkbox"/> กระจกสันหลังเคลื่อน |
| <input type="checkbox"/> หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท | <input type="checkbox"/> นิ้ว | <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม | <input type="checkbox"/> เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ | <input type="checkbox"/> นิ้ว | <input type="checkbox"/> ออทิสติก | <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น |

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

ส่วนที่ 4

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1 การรับรองสถานะ

- ก ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับ ไม่มี มี โปรดระบุ
ประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ถือสัญชาติอเมริกัน
 เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
 ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
 ไม่เป็น
 เป็น
 เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ
กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ _____ วันบัตรหมดอายุ _____
- ค ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ไม่มี มี
- ง ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศ ไม่มี มี
สหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

2 คำรับรอง

- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3. และ 4. ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 5

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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


ส่วนที่ 6

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า 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. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นในไดโนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย 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) 

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่
7

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) 

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ใบสมัครสมาชิกเมืองไทยสไมล์คลับ

Happiness Means Everything

เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่านกรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจง

1. เลขที่กรมธรรม์

2. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

3. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

4. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

 ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ตามที่ระบุในใบคำขอเอาประกันภัย ที่อยู่อื่น (โปรดระบุ) เลขที่ _____ หมู่บ้าน/อาคาร _____ หมู่ที่ _____

ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____

เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

5. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเพื่อแจ้งข่าวสารและกิจกรรม

โทรศัพท์มือถือ : _____ โทรศัพท์บ้าน : _____

โทรศัพท์ที่ทำงาน : _____ อีเมล : _____

6. สถานภาพ โสด สมรส อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

7. จำนวนบุตร _____ คน

8. กิจกรรมยามว่างที่ชื่นชอบ (เลือกได้สูงสุด 3 ข้อ)

 ฟังเพลง/ชมคอนเสิร์ต ชมการแสดง/ละครเวที เล่นกีฬา/ฟิตเนส ท่องเที่ยวในประเทศ ท่องเที่ยวต่างประเทศ อ่านหนังสือ สังสรรค์นอกบ้าน ดูหนัง/ชมภาพยนตร์ ซ้อมปิ้ง เลี้ยงสัตว์ แรลลี่/ผจญภัย เล่นเกม/อินเทอร์เน็ต ดูดวง/ฮวงจุ้ย ตกแต่งบ้านและสวน ทำงานฝีมือ/ศิลปะ/ถ่ายภาพ ไหว้พระ/ทำบุญ สปา/ดูแลสุขภาพ แต่งหน้า/เสริมความงาม ทำอาหาร/ทำขนม เดิน/ลีลาศ ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) อยู่ภายใต้บทบังคับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพ.ศ. 2562 ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ใช้ ประมวลผลและเปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครสมาชิกเมืองไทยสไมล์คลับจึงตกอยู่ภายใต้บทบังคับของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลพ.ศ. 2562 ทั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนที่บริษัทฯ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือเกี่ยวกับสิทธิของท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่นโยบายความเป็นส่วนตัว ที่เว็บไซต์ muangthai.co.th/th/privacy-policy

ทั้งนี้บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการอ้างสิทธิตามสัญญาหรือตามกฎหมายในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ไว้กับบริษัทฯ หรือที่อยู่ในความครอบครองของบริษัทฯ รวมถึงข้อมูลที่จะให้เพิ่มเติมแก่บริษัทฯ ในอนาคต เพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครสมาชิก ตลอดจนมอบสิทธิประโยชน์ของเมืองไทยสไมล์คลับ และการให้บริการ MTL Click Application แก่ท่าน และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

การที่ท่านลงนามในใบสมัครนี้บริษัทฯ ถือว่าท่านได้รับทราบ และยอมรับข้อตกลง และเงื่อนไขในการสมัครสมาชิกเมืองไทยสไมล์คลับที่ออกโดยบริษัทฯ ทุกประการ โดยศึกษาข้อมูลในเว็บไซต์ muangthai.co.th/th/smileclub/about-us/smileclub-cards

การจัดการข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลของคุณเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง บริษัทจะดำเนินการอย่างดีที่สุดด้วยมาตรการที่เข้มงวดในการรักษาความลับและดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของคุณให้ปลอดภัย คุณสามารถเลือกให้หรือไม่ให้ความยินยอมโดยไม่มีผลต่อการพิจารณาการใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ

คุณสามารถดูรายละเอียดการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทในนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เว็บไซต์ muangthai.co.th/th/privacy-policy ทั้งนี้ คุณสามารถเปลี่ยนแปลงการให้ความยินยอมได้ โดยติดต่อเราที่ email: dpo-office@muangthai.co.th หรือ โทร.1766 หรือ สำนักงานสาขาทั่วประเทศ

○ ความยินยอมให้บริษัทพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น

เพื่อให้คุณได้รับบริการที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ วิจัย ทำสถิติและพัฒนา ปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการจากบริษัท รวมถึงพันธมิตรทางธุรกิจ คุณยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของคุณ

○ ความยินยอมให้บริษัทนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการ

เพื่อให้คุณไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิทธิพิเศษในการเข้าร่วมกิจกรรมที่บริษัทจัดขึ้น รวมถึงข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสม คุณยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของคุณ

○ ความยินยอมให้บริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิต และพันธมิตรทางธุรกิจนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการ

เพื่อให้คุณไม่พลาดโอกาสรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์ บริการพิเศษ หรือโปรโมชั่นที่คัดสรรอย่างเหมาะสมจากบริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิต และพันธมิตรทางธุรกิจ คุณยินยอมให้เราเปิดเผยข้อมูลของคุณให้แก่บริษัทดังกล่าว เพื่อการวิเคราะห์ ตลอดจนนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการ

คุณสามารถดูรายละเอียดบริษัทในเครือเมืองไทยประกันชีวิต และรายชื่อพันธมิตรทางธุรกิจที่ได้รับข้อมูลของคุณได้จาก <https://www.muangthai.co.th>

ในกรณีเพิ่มเติมผู้รับข้อมูลในภายหลัง : บริษัทจะแจ้งรายชื่อผู้รับข้อมูลใหม่ไว้บนเว็บไซต์ของบริษัท และจะขอความยินยอมจากคุณก่อนการเปิดเผยข้อมูล หากผู้รับข้อมูลไม่ได้เป็นบริษัทที่อยู่ในเครือเมืองไทยประกันชีวิต

ข้าพเจ้ายอมรับว่าในการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับเมืองไทยสโมลคลับตามช่องทางต่างๆ เช่น เว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชัน บริษัทฯ จะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ จากข้าพเจ้า และ/หรือเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลผู้อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้าได้โดยปฏิบัติตามกฎหมาย ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อข้าพเจ้าจะแจ้งบริษัทฯ ที่ โทร. 1766 เมืองไทยประกันชีวิต เพื่อให้บริษัทฯ สามารถติดต่อตามช่องทางการติดต่อที่ถูกต้องต่อไป

(ลงชื่อ) _____ ผู้สมัคร

(_____)

(กรณีผู้สมัครสมาชิก อายุไม่เกิน 10 ปี

กรุณาให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้สมัครลงนามแทน)

กรณีผู้สมัครสมาชิก อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี กรุณาให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติมในการให้ความยินยอมนี้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของข้าพเจ้าเห็นชอบและให้ความยินยอมให้ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแล้ว

(ลงชื่อ) _____

(_____)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

(วันที่สมัคร)



สแกนเพื่ออ่าน
“นโยบายความเป็นส่วนตัว”



เงื่อนไขในการให้บริการ
ของเมืองไทยสโมลคลับ