



# เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต  
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง 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

สำหรับอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อการปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ  
อาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน  
ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

CLIENT NO. \_\_\_\_\_

ชื่อตัวแทน/นายหน้า บริษัท.....

ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_ รหัสตัวแทน/นายหน้า 7xxxxx

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ \_\_\_\_\_

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดมีคำถามสุขภาพอย่างละเอียด แบบที่ 1

## ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1 ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) นาย ณัฐรัฐ เสงี่ยมพงษ์  
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Natthan Sangjumphong

ชื่อและนามสกุลเดิม \_\_\_\_\_

เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ไทย อายุ 27 ปี เกิดวันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2538

เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 วันหมดอายุ 12 มีนาคม 2568

หนังสือเดินทาง เลขที่ \_\_\_\_\_ วันหมดอายุ \_\_\_\_\_

ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

## 2 ที่อยู่และที่ทำงาน

ก ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
บ้านเลขที่ xx หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_  
หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน ลาดพร้าว  
แขวง/ตำบล คลองจั่น เขต/อำเภอ บางกะปิ  
จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10240  
โทรศัพท์บ้าน 02-xxx-xxxx

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

ค สถานที่ทำงาน บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต  
อาคาร อาคาร B ชั้น 6 เลขที่ 250 หมู่ที่ \_\_\_\_\_  
ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน รัชดาภิเษก  
แขวง/ตำบล ห้วยขวาง เขต/อำเภอ ห้วยขวาง  
จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10310  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-xxx-xxxx

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 0 8 9 8 8 3 1 8 8 7  
อีเมล natthan\_s@muangthai.co.th

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

3 อาชีพประจำ พนักงานบริษัท  
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ ลักษณะงานที่ทำ ดูแลงานขายและการตลาด  
ลักษณะธุรกิจ ประกันชีวิต  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
ลักษณะธุรกิจ \_\_\_\_\_  
รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ บาท



4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

รายละเอียด	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท)	รายละเอียดเพิ่มเติม
แบบประกันภัยโปรตระกูล <b>สมาร์ท โพรเทคชั่น 99/20</b>	1,000,000	17,620	แบบประกันภัยหลัก ระยะเวลาเอาประกันภัย <b>99</b> ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย <b>20</b> ปี ชนิด <input type="checkbox"/> มีเงินปันผล <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีเงินปันผล
สัญญาเพิ่มเติม <b>ผลประโยชน์ยกเว้นชำระเบี้ยประกันของผู้เอาประกัน</b>		232.58	
สัญญาเพิ่มเติม <b>อีลิท เฮลท์ พลัส แพลน 1 (ประเทศไทย)</b>		26,178	
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
สัญญาเพิ่มเติม			
รวมเบี้ยประกันภัย		44,030.58	

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

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย  รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี  ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ 44,030.58 บาท

ชำระเป็น  เงินสด  บัตรเครดิต  แคชเชียร์เช็ค/ดราฟ  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 (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
<b>นาย มนต์รี เสจชัยพงษ์</b>	60	บิดา	-	<b>บ้านเลขที่ xx ถนนลาดพร้าว แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กทม. 10240</b>	100

6 ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่มี  มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		
<b>Allianz Ayudhya</b>	500,000	500,000	400,000	1,000/วัน	<b>มีผล</b>

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนเงินคืนส่วนเกิน หรือการขอต้ออายุของกรมธรรม์ 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 เบียร์  
 ปริมาณ 1 แก้ว/ครั้ง ขวด/ครั้ง  
 ความถี่ 1 ครั้ง/เดือน ครั้ง/สัปดาห์  
 ดื่มมานาน 5 ปี  
 เลิกดื่ม เมื่อ \_\_\_\_\_

10 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?  
 ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคยสูบบุหรี่  
 สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุ ปริมาณ \_\_\_\_\_ มวน/วัน  
 สูบมานาน \_\_\_\_\_ ปี  
 เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ \_\_\_\_\_

11 ส่วนสูง 175 ซม. น้ำหนัก 80 กก.  
 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่?  
 ไม่เปลี่ยน  
 เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก  เพิ่มขึ้น 2 กก.  
 ลดลง \_\_\_\_\_ กก.  
 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 เบาหวาน

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"/> คลำพบก้อนเนื้อ	<b>อาการในระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมา</b> <input type="radio"/> อาการอ่อนเพลีย <input type="radio"/> ไข้เรื้อรัง <input type="radio"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง	<b>เฉพาะสตรี</b> <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 (ภายใน2ปี)	<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 การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค ด้วยการเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
ตรวจสุขภาพประจำปี	2564	sw.รามคำแหง	ผลตรวจปกติ	-

- 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"/> ไชน์ส็อกเสบ	<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"/> กระดูกสันหลังเคลื่อน
<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  
สหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  ไม่มี  มี

2 คำรับรอง

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

ส่วนที่ 5

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ 1-11111-11111-11-1
- 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 บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน ([www.muangthai.co.th/th/privacy-policy](http://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](http://www.oic.or.th)

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

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

(ลงชื่อ) 

นายณัฐรัฐ เสงี่ยมพงษ์

ผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่  
7

## คำเตือน

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

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่ บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต วันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

(ลงชื่อ) นายหน้าประกันชีวิต

( )

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) 

นายณัฐรัฐ เสงี่ยมพงษ์

ผู้ขอเอาประกันภัย