

# ขั้นตอนการสมัครทำประกัน

ประกันคุ้มครองสินเชื่อ ให้ความคุ้มครองกรณีเสียชีวิต หรือ  
ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร โดยความคุ้มครองจะลดลงตามระยะ  
สัญญาประกันในกรมธรรม์

1. สอบถามรายละเอียด แบบประกัน หรือ เบี้ยประกัน ที่



2. กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และตามตัวอย่างที่แนบ
3. สแกนเอกสาร และส่งกลับทางไลน์ เพื่อนำส่งพิจารณาเบื้องต้น
4. แจ้งผลพิจารณาประมาณ 3-5 วัน  
(แจ้งอีเมลไปยัง สหกรณ์ และแจ้งกลับลูกค้าทางไลน์)
5. หลังจากแจ้งผลพิจารณาเบื้องต้น สามารถนำส่งเอกสารตามที่อยู่

ธนัท ธีระปรีชา

The trust townhome วงแหวนกาญจนาภิเษก

79/32 ซอย3 หมู่17 ตำบลบึงคำพร้อย

อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150

โทร. 081-9065891 (ใหม่)

6. หลังจากได้รับเบี้ยประกันจากสหกรณ์ จะดำเนินการนำส่งเอกสารเข้า  
บริษัท เพื่อดำเนินการออกกรมธรรม์และส่งมอบตามที่อยู่ระบุใน  
เอกสาร

## ตัวอย่างการกรอกเอกสาร

1. การกรอกข้อมูล ใบคำขอ (App)
2. การกรอกข้อมูล ใบเสนอขาย (SI)
3. การกรอกข้อมูล PDPA&EKYC
4. CRS
5. สำเนาบัตรประชาชน

เอกสารที่เซ็นต์ลงนาม ให้เซ็นต์ลงนาม เหมือนกัน  
ทั้งหมด

**\*\*\*กรณีที่มีการระบุข้อมูลผิด หรือ มีการแก้ไข  
ข้อมูล ให้ผู้เอาประกันลงนามกำกับเหมือนเอกสาร**

# 1. การกรอกข้อมูล ใบคำขอ (App)



**เมืองไทยประกันชีวิต**  
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขทะเบียนพาณิชย์ 218 เลขบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ 1011-01  
เลขบัญชี 2331 231 1000000000 | Muang Thai Life Assurance PCL  
218 หมู่ 10/ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลีใหญ่ จ.สมุทรปราการ 10110  
เบอร์โทร 02-274 9400, 02-274 9401 | โทรสาร 02-274 9394 | www.mtlife.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย

ชื่ออาคาร.....  
รหัสสาขา..... รหัสพนักงาน.....  
กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่.....  
ใบรับรองฯ เลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**  
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้  
บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย **นายเมืองไทย รักไทย** ชื่อและนามสกุลเดิม.....  
เพศ  ชาย  หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ **ไทย** ศาสนา.....  
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า อายุ **46** ปี เกิดวันที่  เดือน  พ.ศ.   
เอกสารที่ใช้แสดงตน  บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ **1 11111 11111 111** วันบัตรหมดอายุ **31/12/2565**  
 หนังสือเดินทางเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....  
 ทะเบียนบ้าน  อื่นๆ.....  
อาชีพ **รับราชการ** ตำแหน่ง **งานธุรการ** ชื่อกรรมา/สามี.....

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ **1** หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่ **1** ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง **ห้วยขวาง** อำเภอ/เขต **ห้วยขวาง** จังหวัด **กทม.** รหัสไปรษณีย์ **10310**  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ **0811111111** อีเมล.....  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
สถานที่ทำงาน **บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต** อาคาร **B** เลขที่ **250** หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน **รัชดาภิเษก** ตำบล/แขวง **ห้วยขวาง** อำเภอ/เขต **ห้วยขวาง** จังหวัด **กทม.**  
รหัสไปรษณีย์ **10310** โทรศัพท์ **02-2749400**  
สถานที่ติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน

3. ได้มีสัญญาไว้กับ **สหกรณ์ออมทรัพย์ ศาลยุติธรรม จำกัด** สัญญาเงินกู้เลขที่..... หากทราบบให้ระบุ / หากยังไม่ทราบแจ้งเพิ่ม ณ วันที่ระบุ  
ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ค้างชำระ ในขณะที่ขอเอาประกันภัย **1,000,000** บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ **10** ปี  
ผู้กู้ร่วม  ไม่มี  มี.....คน ระบุชื่อ - สกุล.....

4. จำนวนเงินเอาประกันภัย **1,000,000** บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ  
ระยะเวลาเอาประกันภัย **10** ปี จำนวนเบี้ยประกันภัย **36,740** บาท ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว  
ผู้กู้ร่วมที่ทำประกันภัยด้วย  ไม่มี  มี.....คน ระบุชื่อ - สกุล.....

5. ผู้รับผลประโยชน์ ได้แก่ **สหกรณ์ออมทรัพย์ ศาลยุติธรรม จำกัด** (เจ้าหนี้) เป็นผู้รับผลประโยชน์อันดับแรก เฉพาะส่วนที่  
เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเหลือจ่ายให้แก่

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทางเอกสารที่ หน่วยงานของรัฐออกให้	ที่อยู่
1. ถ้ายังไม่มี ให้ระบุ " ยังไม่ระบุ "			
2. กรณีระบุ สามารถระบุ ผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์ พ่อ แม่ ลูก สามี ภรรยา พี่ น้อง			
3. กรณี พี่/น้อง คนละนามสกุล ให้แนบเอกสารเชื่อมความสัมพันธ์ ว่ามี บิดา มารดา คนเดียวกัน			
4. กรณี สามี ภรรยา ที่ไม่ได้จดทะเบียน สามารถ ระบุว่า สามี หรือ ภรรยาได้ หรือ ระบุ คู่สมรสไม่จดทะเบียน			
5. กรณีระบุเป็น หลาน ลูก ป้า ตา ยาย ต้องแนบเอกสารเชื่อมโยงความสัมพันธ์			



2-03-05-2394

# 1. การกรอกข้อมูล ใบคำขอ (App) (ต่อ)

## หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่ม

6. ให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรอกข้อความต่อไปนี้

6.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอค่าอายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อใด.....

6.2 ท่านเสพหรือเคยเสพยานสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... เลิกเสพเมื่อ.....

6.3 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

กรณีระบุแอลกอฮอล์หลายชนิด ให้แยกปริมาณแต่ละชนิดว่าปริมาณเท่าไร

ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... เลิกดื่มเมื่อ.....

6.4 ส่วนสูง..... 170..... ซม. น้ำหนัก..... 65..... กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ไม่เปลี่ยนแปลง  เปลี่ยน สาเหตุที่เปลี่ยนแปลง.....

กรณีระบุเปลี่ยน ให้แจ้งสาเหตุจากอะไร (เช่น ทานเยอะ, ออกกำลังกาย) เพิ่มขึ้น/ลดลง กี่กิโล...ในเวลาเท่าไร

6.5 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือสั่งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคประสาทหรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุโรค..... สถานพยาบาลที่รักษา.....

กรณีระบุเคย ให้ระบุโรคอะไร รักษาที่ไหน และสถานที่

6.6 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุโรค..... สถานพยาบาลที่รักษา.....

กรณีระบุเคย ให้ระบุโรคอะไร รักษาเมื่อไหร่ หรือที่ไหน และสถานที่ หรือ กรณีเป็นการผ่าตัดอุบัติเหตุ ให้ระบุผ่าตัดเมื่อไหร่ หรือที่ไหน ปี และ ผลปกติ หรือไม่

## การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

### 1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่มี  มี โปรดระบุ  
 ดือสัญชาติอเมริกัน  
 เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  
 ดือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

ไม่เป็น  เป็น  เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

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 ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือ ต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

# 1. การกรอกข้อมูล ใบคำขอ (App) (ต่อ)

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

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ข้อความยืนยันด้วยตนเองหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้อี้อัตรา การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงข้อแสดงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
  - ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
  - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและ ข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประ โยชน์ทางการแพทย์ได้
  - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและ ข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- เขียนที่ ..... สหกรณ์..... วันที่ ..... เดือน ..... ลงวันที่..... พ.ศ.....

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านควรตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....  
(..... น.ส.สมายด์ รักยิ้ม .....)  
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิตนายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) .....  
(..... นายเมืองไทย รักไทย .....)  
ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  บิดามารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

โปรดให้ข้อมูลการแสดงตนของผู้ขอสมัครเอาประกันภัย (เพิ่มเติม)

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ).....
- ที่อยู่ ในประเทศของเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย).....
- ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ ลักษณะงาน..... ลักษณะธุรกิจ..... รายได้ต่อปี..... บาท

## 2. การกรอกข้อมูล ใบเสนอขาย (SI)

mtl | Investment



### แบบประกันภัย ค้ำครองสินเชื่อแบบลดหย่อน (สินสบาย) แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้



2-02-03-PRI

ตัวแทนประกันชีวิต ..... **น.ส.สมายด์ รักยิ้ม** .....

เสนอ..... **นายเมืองไทย รักไทย** ..... อายุ..... **46** .....ปี

ระยะเวลาเอาประกันภัย ..... **10** ปี  
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ..... **ครั้งเดียว**



ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย
แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหย่อน (สินสบาย)	<b>1,000,000</b> บาท
เบี้ยประกันภัย	งวดการชำระเบี้ยประกันภัย
เบี้ยประกันชีวิต แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหย่อน (สินสบาย) ..... <b>36,740</b> บาท <small>ค่าจ้างเบี้ยประกันภัยฉบับที่ของผู้เอาประกันภัย การคำนวณเบี้ยประกันภัยฉบับที่ผู้เอาประกันภัย</small>	<b>ครั้งเดียว</b>

#### ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในขณะที่ยังมีชีวิต

- เมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต และบริษัทได้รับหลักฐานการรณการตามแบบและวิธีที่บริษัทกำหนดครบถ้วนแล้ว ความคุ้มครองเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง
- การดูแลสุขภาพทางการแพทย์ ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยดังนี้
  - กรณีพิสูจน์ได้ว่าการดูแลสุขภาพทางการแพทย์นั้นเอง โดยเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มเข้ารับดูแลสุขภาพทางการแพทย์
  - กรณีที่เกิดการสูญเสียที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพการเจ็บป่วย บริษัท จะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยเต็มตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มเข้ารับดูแลสุขภาพทางการแพทย์จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงและให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดลงบังคับ

หมายเหตุ : • เบี้ยประกันภัยของสัญญาประกันภัยนี้ สามารถนำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามประกาศของสรรพากรที่เกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 172 สำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป และฉบับที่ 315

• จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง ตามอัตราดอกเบี้ยการกู้ 8% ต่อปี

สรุปเงื่อนไขทั่วไปของกรมธรรม์โดยย่อ ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย กรณีที่บริษัท จะไม่คุ้มครอง และขอยกเลิกการชำระเบี้ยประกันภัย กรุณาดูที่ด้านหลังเอกสารนี้

<p>ตั้งฉบับ (สีขาว) สำหรับบริษัท</p>	<p>ลายชื่อผู้คืนภาษี</p> <p><i>Ruh</i></p> <p>ลงวันที่</p>	<p>นายเมืองไทย รักไทย</p> <p>ลงวันที่</p>	<p>บพ. เมืองไทยประกันชีวิต</p> <p>250 ถนนรัชดาภิเษก</p> <p>เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10310</p> <p>โทร. +66 (0) 2374-5400, +66 (0) 2276-1025</p> <p>โทรสาร +66 (0) 2276-19978</p>
--------------------------------------	--	---	--

## 2. การกรอกข้อมูล ใบเสนอขาย (SI)

mtl | Investment



แบบประกันภัย ค้ำครองสินเชื่อแบบคงที่  
แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

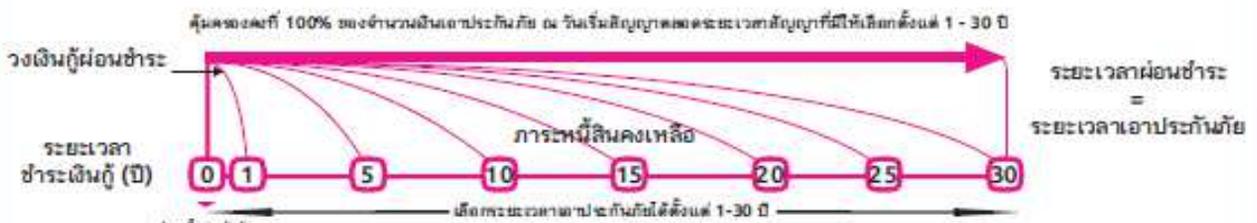


2-02-03-PR1

ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ..... น.ส.สมายด์ รักยิ้ม

เสนอ..... นายเมืองไทย รักไทย ..... อายุ..... 46 ..... ปี

ระยะเวลาการประกันภัย 10 ปี  
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ครึ่งเดียว



รูปแบบความคุ้มครองข้างต้นอยู่บนสมมติฐานของลูกคิดที่บริหารจัดการชำระเงินกู้เป็นปกติตามสัญญาเงินกู้ของธนาคาร

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย
แบบประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อแบบคงที่	1,000,000 บาท

เบี้ยประกันภัย	งวดการชำระเบี้ยประกันภัย
เบี้ยประกันชีวิต แบบประกันภัยคุ้มครองเงินเชื่อแบบคงที่ 36,740 บาท	ครั้งเดียว

### ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในขณะที่ยังมีชีวิต

- เมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต และเจ้าหนี้ได้ชำระสัญญาที่ถูกต้อง ธนาคาร จะตามแบบแผนวิธีที่บริษัทกำหนด จนครบถ้วนแล้ว ความคุ้มครองเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตกลงของเงินที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตกลง
  - การดูแลสุขภาพ การเงิน สุข วิกฤตการณ์อื่น ๆ
    - กรณีพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากการดูแลสุขภาพที่เริ่มเมื่อโดยเกิดขึ้นเนื่องเป็นเวลามากกว่า 180 วัน บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตกลงของเงินที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มส่งสุขภาพการดูแลสุขภาพตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตกลง และให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดลงทันที
    - กรณีที่เกิดการดูแลสุขภาพที่ธนาคารพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อสงสัยในการดูแลสุขภาพที่ผู้เอาประกันภัยส่งสุขภาพการดูแลสุขภาพที่เริ่ม บริษัท จะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตกลงของเงินที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มส่งสุขภาพการดูแลสุขภาพตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตกลง และถือว่าสัญญาสิ้นสุดลงทันที
- หมายเหตุ : + เมื่อครบกำหนดของสัญญาประกันภัยนี้ สามารถนำไปใช้สิทธิสิทธิการอุปถัมภ์ตามเงื่อนไขคุ้มครองผลประโยชน์ผู้เอาประกันภัยในสัญญาฉบับนี้ ฉบับที่ 1 72
- ชำระสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป และฉบับที่ 315
- + จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ตกลง ตามอัตราดอกเบี้ยการกู้ 8% ต่อปี
- สรุปเงื่อนไขทั่วไปของกรมธรรม์นี้คือ ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย กรณีที่บริษัท จะไม่คุ้มครอง และช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย จะอยู่ที่ฝ่ายผู้เอาประกันภัย

<p>ต้นฉบับ (สีขาว) สำหรับบริษัท</p>	<p>ลายเซ็นตัวแทน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย</p> <p>.....</p> <p>นายเมืองไทย รักไทย</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>บพ. เมืองไทย ประกันภัย</p> <p>250 ถนนแจ้งวัฒนะ</p> <p>เขตแจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ 10310</p> <p>โทร. +66 (0) 2274-0000, +66 (0) 2274-1033</p> <p>โทรสาร +66 (0) 227-61997-8</p>
-------------------------------------	---	--	---





# 4. การกรอกข้อมูล CRS



**เมืองไทยประกันชีวิต**  
HUANG THAI LIFE ASSURANCE

150, เมืองไทยประกันภัย  
250 หมู่ 15/1 ซอย เมืองไทย ถนนพหลโยธิน 10310  
กรุงเทพมหานคร 10110 โทร 02-276-9002  
+66 (0) 2276-9002, +66 (0) 2276-1025 โทร 02-276-19578  
muangthai.co.th

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)  
CRS Self-Certification Form For Individual Customer (Please specify in English.)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Insurance Applicant / Insured (title, name-surname) <b>MR.muangthai rakthai</b>		เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย Application Form No. / Policy No.	
สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ) Place of Birth (city and country)		<b>ระบุงจังหวัดที่เกิด Bangkok / Thailand</b>	
<b>ส่วนที่ 1</b> <b>Part 1</b>			
การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ) CRS Self-Certification Form (Please specify in English.)			
1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ Do you have tax residence* in countries other than Thailand or the U.S.?		<input type="checkbox"/> ใช่/Yes <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่/No	
<p>*"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนาถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ</p> <p>*"Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.</p> <p>โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศทั้งหมดตารางด้านล่าง</p> <p>You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below.</p> <p>หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้</p> <p>If your answer is "No", continue in Part 2.</p>			
ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล A หรือ B หรือ C If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C.	หากท่านเลือกเหตุผล B โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถ ขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).
เหตุผล (A) – ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น Reason (A) – The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.			
เหตุผล (B) – ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้) Reason (B) – You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)			
เหตุผล (C) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี) Reason (C) – Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)			
<b>ส่วนที่ 2</b> <b>Part 2</b>		การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ Confirmation and Change of Status	
1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.			
2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัท" มีสิทธิ ใต้อายุพิจารณาแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Muang Thai Life Assurance Public Company Limited ("Company") shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.			
3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบและนำส่งเอกสารประกอบแจ้งแก่บริษัท ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน You agree to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.			
4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัท มีสิทธิใต้อายุพิจารณาแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.			

## 4. การกรอกข้อมูล CRS

หากท่านไม่ให้อิทธิพลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบริษัท หรือไม่สามารถจะบอกให้บริษัททราบถึงกฎเกณฑ์ที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทางทันทหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและยกย่องปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ  
By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว  
ของบริษัท (Privacy Policy)  
Scan to read the Company's Privacy Policy

ลายมือชื่อของผู้ขอประกันภัย/ ผู้เอาประกันภัย  
Insurance Applicant/Insured

วันที่  
Date

ลงวันที่

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)  
Giving Consent as Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant/Insured  
(In case the insurance applicant/insured is a minor)

วันที่  
Date



2-02-05-2445

## 5. สำเนาบัตรประชาชน



สำเนาถูกต้อง

นายเมืองไทย รักไทย

\*หากต้องการระบุข้อความรับรองสำเนา ให้ระบุ  
“ใช้ในการทำประกันชีวิต เท่านั้น”

\*\*ระวังข้อความที่กำกับ ปิดบัง ข้อมูลบัตรประชาชน

\*\*\*ข้อมูลในสำเนาบัตรประชาชน เลข/ชื่อ สกุล / วดป เกิด / วันหมดอายุ  
ของบัตร ต้องชัดเจน



# 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](http://muangthai.co.th)

ใบคำขอเอาประกันภัย

ชื่อธนาคาร.....  
รหัสสาขา.....รหัสพนักงาน.....  
กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่.....  
ใบรับรองฯ เลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**  
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้  
บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อและนามสกุลเดิม.....  
เพศ  ชาย  หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....  
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.....  
ยอดเงินขอกู้/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 เฉพาะส่วนที่  
เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเหลือจ่ายให้แก่

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



2-03-05-2394

## หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่ม

6. ให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรอกข้อความต่อไปนี้

6.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มีเลย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุชื่อบริษัทฯ.....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 โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคประสาทหรือไม่

ไม่มีเลย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุโรค.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

6.6 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่

ไม่มีเลย  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  เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

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 ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือ ต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ ก่อนหน้านี้ 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

### ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้นี้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้นี้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....

(.....)

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 ค้ำครองสินเชื่อแบบลดหนี้ (สินสบาย) แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้



8-02-03-PRI

ตัวแทนประกันชีวิต .....

เสนอ..... อายุ.....ปี

ระยะเวลาเอาประกันภัย ..... ปี  
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ครั้งเดียว



ระยะเวลาผ่อนชำระ  
= ระยะเวลาเอาประกันภัย

รูปแบบความคุ้มครองข้างต้นอยู่บนสมมติฐานของลูกค้ำที่มีประวัติการชำระเบี้ยประกันภัยเป็นปกติตามสัญญาเงินกู้ของธนาคาร

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย
แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหนี้ (สินสบาย)	..... บาท

เบี้ยประกันภัย	งวดการชำระเบี้ยประกันภัย
เบี้ยประกันชีวิต แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหนี้ (สินสบาย) ..... บาท การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย การที่ตัวแทนประกันชีวิตมาเก็บเบี้ยประกันภัยเป็นการให้บริการเท่านั้น	<input type="radio"/> ครั้งเดียว

### ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในขณะที่กรมธรรม์มีผลบังคับ

- เมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต และบริษัทได้รับหลักฐานพิสูจน์การมรณกรรมตามแบบและวิธีที่บริษัทกำหนดจนครบถ้วนแล้วความคุ้มครองเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง
- การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้
  - กรณีพิสูจน์ได้ว่าการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง โดยเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง และให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดผลบังคับ
  - กรณีเกิดการสูญเสียที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์ เพิ่มเติมตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเดือนที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเริ่มต้นการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงและให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดผลบังคับ

หมายเหตุ : • เบี้ยประกันภัยของสัญญาประกันภัยนี้ สามารถนำไปใช้สิทธิหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ ฉบับที่ 172 สำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป และฉบับที่ 315

- จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง ตามอัตราดอกเบี้ยการกู้ 8% ต่อปี

สรุปเงื่อนไขทั่วไปของกรมธรรม์โดยย่อ ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย กรณีที่บริษัท จะไม่คุ้มครอง และช่องทางกรชำระเบี้ยประกันภัย ระบุไว้ที่ด้านหลังเอกสารนี้

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

## • สรุปเงื่อนไขทั่วไปของแบบประกันภัยที่ควรทราบโดยย่อ

สัญญาประกันภัยเกิดจากบริษัท เชื้อถือข้อแถลงของผู้เอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัย ใบแถลงสุขภาพและข้อแถลงเพิ่มเติมอื่นที่ผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อไว้และชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกแล้ว บริษัทฯ จึงตกลงทำสัญญา ซึ่งเป็นสัญญาที่ระบุสิทธิและหน้าที่ของคู่สัญญาไว้ชัดเจน คือ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริงหรือให้ข้อมูลเท็จที่อาจก่อให้เกิดบริษัทฯ เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือไม่ทำสัญญาด้วย บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาและไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ หากสัญญาสมบูรณ์ และผู้เอาประกันภัยไม่ขาดการชำระเบี้ยประกันภัย บริษัทฯ จะชดใช้ค่าสินไหมทดแทนที่ไม่อยู่ในข้อยกเว้นของสัญญาให้ ส่วนผู้เอาประกันภัยเมื่อได้รับกรมธรรม์และยังไม่ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ได้ด้วยการส่งกรมธรรม์คืนบริษัทฯ ภายใน 15 วัน นับแต่ได้รับกรมธรรม์จากบริษัทฯ นอกจากนี้ผู้เอาประกันภัยมีสิทธิขอเปลี่ยนแปลงเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จหรือขอแปลงเป็นการประกันภัยแบบขยายเวลา หรือมีสิทธิขอเวนคืนกรมธรรม์และรับเงินค่าเวนคืนตามจำนวนที่กำหนดไว้ในตารางมูลค่ากรมธรรม์กับผลประโยชน์อื่นฯ อันพึงจะได้รับ (ถ้ามี) หักด้วยจำนวนหนี้สินใดๆ ที่ค้างชำระอยู่ (ถ้ามี) เป็นต้น ทั้งนี้เงื่อนไขโดยละเอียดของกรมธรรม์เป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ที่บริษัทฯ จะออกและส่งมอบให้ยึดถือไว้ต่อไป

## • ความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ในกรณีที่ผู้ถือกรมธรรม์และ/หรือสมาชิกผู้เอาประกันภัยรู้อยู่แล้ว และแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริงใด แต่ไม่เปิดเผยข้อความจริงนั้น ให้บริษัทฯ ทราบในขณะที่ขอเอาประกันภัย ซึ่งถ้าบริษัทฯ ทราบข้อความจริงนั้นๆ แล้ว อาจอุทธรณ์บริษัทฯ ให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นหรือไม่ยอมทำสัญญา สัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆียะตาม ป.พ.พ. มาตรา 865 ซึ่งบริษัทฯ อาจบอกล้างสัญญา และไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ ความรับผิดชอบของบริษัทฯ จะมีเพียงคืนเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระให้แก่บริษัทฯ แล้วทั้งหมดเท่านั้น

## • กรณีที่บริษัทฯ จะไม่คุ้มครอง

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

## • ข้อยกเว้นความคุ้มครองกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงมีทั้งหมด 8 ข้อดังนี้

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

หนังสือชกขวนนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นของแบบประกันภัย โปรดศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในกรมธรรม์

## • ช่องทางการชำระเบี้ยประกันภัย

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

ท่านสามารถดูวิธีการโดยละเอียดได้จากใบแจ้งกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย หรือ [www.muangthai.co.th](http://www.muangthai.co.th) หรือสอบถามที่ศูนย์บริการลูกค้า โทร 1766

คำเตือน : ผู้เอาประกันภัยควรศึกษา และทำความเข้าใจในเอกสารเสนอขายก่อนตัดสินใจทำประกันภัย เมื่อได้รับกรมธรรม์แล้วโปรดศึกษารายละเอียดข้อกำหนดและเงื่อนไขในการออกกรมธรรม์



แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)  
CRS Self-Certification Form for Individual Customer (Please specify in English.)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)	เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย Application Form No. / Policy No.
--	---

สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)  
Place of Birth (city and country)

**ส่วนที่ 1**  
**Part 1** การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)  
CRS Self-Certification Form (Please specify in English.)

1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี\* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่  
Do you have tax residence\* in countries other than Thailand or the U.S.?  ใช่/Yes  ไม่ใช่/No

\*"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนาถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ  
\*"Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other countries by reason of domicile, residence, number of days you stay in that country in each year or any other criterion.

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง  
You must answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number (TIN) in the table below.

หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้  
If your answer is "No", continue in Part 2.

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ในต่างประเทศ Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C.	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถ ขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).

เหตุผล (เอ) – ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น  
Reason (A) – The jurisdiction where you are a tax resident does not issue the taxpayer identification number (TIN) to its residents.

เหตุผล (บี) – ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)  
Reason (B) – You have not obtained the taxpayer identification number (TIN) issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain the taxpayer identification number (TIN).)

เหตุผล (ซี) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)  
Reason (C) – Taxpayer identification number (TIN) is not required (Remark: Select this reason only if the domestic law of that country does not require the collection of the taxpayer identification number (TIN).)

**ส่วนที่ 2**  
**Part 2** การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ  
Confirmation and Change of Status

- ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน  
You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.
- ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัทฯ" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
You acknowledge and agree that if the information provided on this form is false, inaccurate or incomplete, Muang Thai Life Assurance Public Company Limited ("Company") shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.
- ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน  
You agree to notify and provide relevant documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this form to be incorrect, incomplete or not current.
- ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
You acknowledge and agree that in case of failure to comply with item 3 above, or provision of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิ์ใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร  
If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน  
By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and the Company's Privacy Policy.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว  
ของบริษัท (Privacy Policy)  
Scan to read the Company's Privacy Policy

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้เอาประกันภัย Insurance Applicant/Insured	วันที่ Date
ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Giving Consent as Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant/Insured (In case the insurance applicant/insured is a minor)	วันที่ Date



2-02-05-2445



ข้อควรทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิตในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และขอความยินยอมยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

## ส่วนที่ 1 : ข้อควรทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิตในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การเสนอขายกรมธรรม์ประกันชีวิตของบริษัทฯ ในครั้งนี้ บริษัทฯ ได้มอบหมายให้ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต ทำหน้าที่ในการเสนอขาย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ (“ข้อมูลส่วนบุคคล”) ของท่าน และ/หรือบุคคลในครอบครัวในการขอเอาประกันชีวิต ตลอดจนทำหน้าที่ให้บริการอันเกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันชีวิตของท่าน และ/หรือบุคคลในครอบครัว ดังนั้น การสร้างความเข้าใจแก่ท่านเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตัวแทนในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับบริษัทฯ โดยขอให้ท่านศึกษาและทำความเข้าใจข้อมูลดังกล่าวโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต จะเสนอขายกรมธรรม์ประกันชีวิตตามขั้นตอนและวิธีการที่บริษัทฯ กำหนดไว้เท่านั้น
2. ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต จะรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และ/หรือบุคคลในครอบครัวที่ได้ให้ไว้ในขั้นตอนของการขอเอาประกันชีวิต ข้อมูล ที่กรอกในใบคำขอเอาประกันชีวิต เอกสารประกอบการเสนอขาย แบบฟอร์มของบริษัทฯ ตลอดจนเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันที่เกี่ยวข้อง ทั้งในรูปแบบของกระดาษ อิเล็กทรอนิกส์และไฟล์เสียง ตามหลักเกณฑ์ขั้นตอนและวิธีการที่บริษัทฯ กำหนดไว้เท่านั้น
3. บริษัทฯ ไม่อนุญาตให้ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และ/หรือบุคคลในครอบครัวที่ได้ให้ตามข้อ 2. แก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นใด ในทุก ๆ กรณี และตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต จะต้องนำส่งข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และ/หรือบุคคลในครอบครัวให้แก่บริษัทฯ ตามรูปแบบและวิธีการ ที่บริษัทฯ กำหนดไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ การเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวจะเป็นไปตามนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ ซึ่งสามารถศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติม รวมถึงศึกษาสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่ <https://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy>

## ส่วนที่ 2 : ขอความยินยอมยินยอมแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

### สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (บุคคลธรรมดา)

ตามที่ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ผู้ขอเอาประกันภัย ตามใบคำขอเลขที่.....กับบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมยินยอมแถลงและให้ความยินยอมแก่บริษัทฯ ดังนี้

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทฯ อาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า ยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ประวัติอาชญากรรม ของข้าพเจ้า และ/หรือบุคคลในครอบครัวที่ได้ให้ไว้ในขั้นตอนของการเอาประกันชีวิตต่อบริษัทฯ ประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต และ/หรือผู้บริหารต้นสังกัดของตัวแทนประกันชีวิตผู้ทำการเสนอขาย และ/หรือผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ดังกล่าว ตามความจำเป็น เพื่อใช้ในการยืนยันตัวตน ให้คำแนะนำ นำเสนอกรมธรรม์ประกันภัย อำนาจความสะดวกในการกรอกและนำส่งใบคำขอเอาประกันภัย การขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย ทั้งในรูปแบบของกระดาษ อิเล็กทรอนิกส์และไฟล์เสียง หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงวัตถุประสงค์อื่นเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานตามความจำเป็นของบริษัทฯ
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย



5. ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทฯ จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ ที่ปรากฏใน [<https://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy> นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทฯ จะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิต และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ และจะแจ้งบริษัทฯ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
  - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
  - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ แก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [<https://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy> นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ] 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) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัทฯ และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า ได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบาย  
ความเป็นส่วนตัว

### ส่วนที่ 3 : สำหรับตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ) .....

(.....)

กรุณาเขียนชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง

ตัวแทนประกันชีวิต/

นายหน้าประกันชีวิต