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

พื้นที่สำหรับระบุบาร์โค้ด

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

Warning from the Office of Insurance Commission
In pursuance of Section 865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated to disclose all statements truthfully. Concealment of any fact could be a ground for the insurance company to deny contractual claim.

CLIENT NO. ____________________

ชื่อตัวแทน/นายหน้า / Agent/Broker Name ____________________

ใบอนุญาตเลขที่ / License No. ____________________

รหัสตัวแทน/นายหน้า / Agent/Broker Code ____________________

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ / Application No. ____________________

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ / Policy No. ____________________

ใบคำขอเอาประกันชีวิตประเภทสามัญ ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ แบบที่ 1
Ordinary Life Insurance Application Form Without Health Questions Type 1

ส่วนที่ 1 / Part 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย
Questions about applicant's personal information and details of insurance application

① ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาไทย) / (Thai) ____________________
Applicant's Name – Surname
(ภาษาอังกฤษ) / (English) ____________________

ชื่อและนามสกุลเดิม / Former Name – Surname ____________________

เพศ / Gender ☐ ชาย / Male ☐ หญิง / Female สัญชาติ / Nationality ____________________

อายุ / Age ________ ปี / Years เกิดวันที่ / Date of Birth ________ เดือน / Month ________ พ.ศ. / B.E. ________

เอกสารที่ใช้แสดงตน / Document for Identity Verification

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ / ID Card No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ วันหมดอายุ / Expiry Date ________

☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ / Passport No. ____________________ วันหมดอายุ / Expiry Date ________

☐ ทะเบียนบ้าน / House Registration ☐ อื่นๆ / Others ____________________

สถานภาพ / Marital Status ☐ โสด / Single ☐ สมรส / Married ☐ หม้าย / Widowed ☐ หย่า / Divorced

② ที่อยู่และที่ทำงาน / Residential and Business Address

ก/A ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน / House Registration Address
บ้านเลขที่ / Building Number ________ หมู่บ้าน/อาคาร / Village/Building ________ หมู่ที่ / Moo ________
ตรอก/ซอย / Soi ________ ถนน / Road ________ แขวง/ตำบล / Subdistrict/Tumbol ________
เขต/อำเภอ / District/Ampur ________ จังหวัด / Province ________
รหัสไปรษณีย์ / Postal Code ________ โทรศัพท์บ้าน / Tel. ________

ข/B ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย) / Country of nationality (in case of non-Thai nationality) ____________________

ค/C สถานที่ทำงาน/ Business Address ________ อาคาร/ Building ________
เลขที่/ No. ________ หมู่ที่/ Moo ________ ตรอก/ซอย/ Soi ________ ถนน/ Road ________
แขวง/ตำบล/ Subdistrict/ Tumbol ________ เขต/อำเภอ/ District/ Ampur ________
จังหวัด/ Province ________ รหัสไปรษณีย์/ Postal Code ________ โทรศัพท์ที่ทำงาน/ Business Tel. ________

ง/D ที่อยู่ปัจจุบัน / Present Address
☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน / House Registration Address ☐ อื่นๆ โปรดระบุ / Others, please specify.
บ้านเลขที่/ Building Number ________ หมู่บ้าน/อาคาร/ Village/ Building ________
หมู่ที่/ Moo ________ ตรอก/ซอย/ Soi ________ ถนน/ Road ________
แขวง/ตำบล/ Subdistrict/ Tumbol ________ เขต/อำเภอ/ District/Ampur ________
จังหวัด/ Province ________ รหัสไปรษณีย์/ Postal Code ________
โทรศัพท์บ้าน/ Tel ________

จ/E สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร / Mailing Address

☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address ☐ สถานที่ทำงาน Business Address ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน Present Address

ฉ/F ข้อมูลการติดต่อ / Contact Information

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูลการติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย :
I give consent to the Company to use the following contact information for insurance policy service.

โทรศัพท์มือถือ Mobile Phone ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

อีเมล (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น) ____________________
E-Mail Address (please specify in capital English letters only.)

ช/G เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
After the Company approves your application, in what form do you want the insurance policy to be delivered? (Please select only one.)

☐ แบบกระดาษ Paper form ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท Electronic form to the e-mail provided to the Company.

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
In what form do you want the receipt document and/or other related documents besides the insurance policy to be delivered? (*For documents that can be electronically issued by the Company only*) (Please select only one.)

☐ แบบกระดาษ Paper form ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท Electronic form to the e-mail provided to the Company.

หมายเหตุ : หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ
Remark: If the delivery method is not specified or the Company cannot deliver the insurance policy, receipt document and/or other related documents besides the insurance policy electronically, the Company will deliver them in paper form.
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการติดต่อและจัดส่งเอกสารตามข้อมูลที่ระบุไว้ในส่วนที่ 2 เท่านั้น)
(In case the applicant is a non sui juris (minor), the Company reserves the right to contact and deliver document to the information stated in Part 2 only.)

3

อาชีพประจำ / Present Occupation ____	อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) / Other Occupation (if any) ____
ตำแหน่ง / Position ____	ตำแหน่ง / Position ____
ลักษณะงานที่ทำ / Job Description ____	ลักษณะงานที่ทำ / Job Description ____
ลักษณะธุรกิจ / Business Nature ____	ลักษณะธุรกิจ / Business Nature ____
รายได้ต่อปี / Annual Income ____ บาท / Baht	รายได้ต่อปี / Annual Income ____ บาท / Baht

4 แบบประกันภัย เบี้ยประกันภัย และวิธีการชำระเบี้ยประกันภัย / Insurance plan, premium, and mode of premium payment

รายละเอียด / Details	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	จำนวนเบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)	รายละเอียดเพิ่มเติม Additional Details
แบบประกันภัยโปรดระบุ ____ Insurance Plan, please specify details.			แบบประกันภัยหลัก Main Insurance Plan
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			ระยะเวลาเอาประกันภัย ____ ปี Coverage Period Years
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ____ ปี Premium Payment Period Years
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			ชนิด / Type
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			☐ มีเงินปันผล Participating
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			☐ ไม่มีเงินปันผล Non - Participating
สัญญาเพิ่มเติม / Rider ____			
รวมเบี้ยประกันภัย / Total Premium ____			

ถ้ามีเงินปันผลเลือก Option if there is Dividend ☐ ขอรับเป็นเงินสด/เช็ค Receive in Cash/ Cheque ☐ นำไปชำระเบี้ยประกันภัย For Premium Payment ☐ คงไว้กับบริษัทเพื่อการสะสม Deposit with Insurer

(หากไม่เลือกวิธีใดวิธีหนึ่งข้างต้น บริษัทจะถือว่าเลือกขอรับเป็นเงินสด/เช็ค)
(If the applicant does not choose any option above, the Company assumes that the applicant will receive dividend in cash/ cheque.)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย Mode of Premium Payment ☐ รายเดือน Monthly ☐ ราย 3 เดือน Quarterly ☐ ราย 6 เดือน Semiannual ☐ รายปี Annual ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว Single Premium

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ / Premium paid with this Application ____ บาท / Baht

ชำระเป็น Paid By ☐ เงินสด Cash ☐ บัตรเครดิต Credit Card ☐ แคชเชียร์เช็ค/ดร๊าฟ Cashier Cheque/ Draft ☐ อื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify ______

☐ เช็ค ธนาคาร / Cheque : Bank ______ สาขา / Branch ______

เลขที่เช็ค / Cheque No. ______ เช็คลงวันที่ / Cheque Date ______

☐ เงินโอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่/ Transfer to the Company's Account No. ______

ชื่อบัญชี/ Account Name ______ ธนาคาร/ Bank ______ สาขา/ Branch ______

ใบรับเงินชั่วคราว/ เอกสารการรับเงินเลขที่ / Temporary Receipt/ Premium Receipt Document No. ______

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารแสดงการรับเงินตามเลขที่ระบุข้างต้น สำหรับการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยงวดถัดไป ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัย/เอกสารแสดงการรับเงินจากบริษัท

Warning Once the first premium installment payment is made, the insured must receive a temporary receipt/receipt document according to the number stated above. For the next premium installment payments, the insured must receive a premium payment receipt/receipt document from the Company.

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / Premium Payer's Information

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ผู้เยาว์) โปรดระบุรายละเอียด ข้อ 6-8
The applicant is a non sui juris (minor). Please specifydetails in Items 6-8.

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะและเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง / The applicant is an adult and is a premium payer.

☐ ผู้ขอเอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะและไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง โปรดระบุรายละเอียด ดังนี้
The applicant is an adult and is not a premium payer. Please specify details.

ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / Premium Payer's Name – Surname ______ อายุ / Age ______ ปี / Years

อาชีพ / Occupation ______ ความสัมพันธ์ / Relationship ______

5 ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)
Beneficiary (if the allocation for each beneficiary is not specified, the Company assumes that all allocations are in equal proportion.)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Name - Surname	อายุ(ปี) Age	ความสัมพันธ์ Relationship	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ ID Card No./ Passport No./ Documents Issued by Government	ที่อยู่ Address	ร้อยละของ ผลประโยชน์ % of Benefit

ส่วนที่ 2 Part 2

คำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง) หรือข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง) สำหรับกรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
Questions about information of applicant's legal representative/legal guardian (in case the applicant is a premium payer) or premium payer's information (in case the applicant is not a premium payer) in case the applicant is a non sui juris

6 ชื่อและนามสกุล / Name - Surname(ภาษาไทย) / (Thai) ______

(ภาษาอังกฤษ) / (English) ______

ชื่อและนามสกุลเดิม / Former Name – Surname ______

เพศ Gender ☐ ชาย Male ☐ หญิง Female สัญชาติ Nationality ______

อายุ Age ______ ปี Years เกิดวันที่ Date of Birth ______ เดือน Month ______ พ.ศ. B.E. ______

สถานภาพ / Marital Status ☐ โสด / Single ☐ สมรส / Married ☐ หม้าย / Widowed ☐ หย่า / Divorced

เอกสารที่ใช้แสดงตน / Document for Identity Verification

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ID Card No. ☐ ทะเบียนบ้าน House Registration ☐ อื่นๆ Others ______

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว I.D. Card No./ Passport No.(in case the applicant is an alien) ______ วันหมดอายุ Expiry Date ______

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย / Relationship with the Applicant ______

7 ที่อยู่และที่ทำงาน / Residential and Business Address

ก/A ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน / House Registration Address

บ้านเลขที่ / Building Number__________ หมู่บ้าน/อาคาร / Village/Building__________ หมู่ที่ / Moo__________

ตรอก/ซอย / Soi __________ ถนน / Road__________ แขวง/ตำบล / Subdistrict/Tumbol__________

เขต/อำเภอ / District/Ampur__________ จังหวัด / Province__________

รหัสไปรษณีย์ / Postal Code__________ โทรศัพท์บ้าน / Tel.__________

ข/B ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)__________
Country of nationality (in case of non-Thai nationality)

ค/C สถานที่ทำงาน/ Business Address__________ อาคาร/ Building__________

เลขที่/ No. __________ หมู่ที่/ Moo__________ ตรอก/ซอย/ Soi __________ ถนน/ Road__________

แขวง/ตำบล/ Subdistrict/ Tumbol__________ เขต/อำเภอ/ District/ Ampur__________

จังหวัด/ Province__________ รหัสไปรษณีย์/ Postal Code__________ โทรศัพท์ที่ทำงาน/ Business Tel.__________

ง/D ที่อยู่ปัจจุบัน / Present Address

☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน / House Registration Address ☐ อื่นๆ โปรดระบุ / Others, please specify.

บ้านเลขที่/ Building Number__________ หมู่บ้าน/อาคาร/ Village/ Building__________

หมู่ที่/ Moo__________ ตรอก/ซอย/ Soi__________ ถนน/ Road__________

แขวง/ตำบล/ Subdistrict/ Tumbol__________ เขต/อำเภอ/ District/Ampur__________

จังหวัด/ Province__________ รหัสไปรษณีย์/ Postal Code__________ โทรศัพท์บ้าน/ Tel__________

จ/E สถานที่สะดวกในการจัดส่งเอกสาร / Mailing Address

☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน House Registration Address ☐ สถานที่ทำงาน Business Address ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน Present Address

ฉ/F ข้อมูลการติดต่อ / Contact Information

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทใช้ข้อมูลการติดต่อข้างล่างนี้ในการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย :
I give consent to the Company to use the following contact information for insurance policy service.

โทรศัพท์มือถือ
Mobile Phone ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐

อีเมล (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น)__________
E-Mail Address (please specify in capital English letters only.)

ช/G เมื่อบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยแล้ว ท่านต้องการให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
After the Company approves your application, in what form do you want the insurance policy to be delivered? (Please select only one.)

☐ แบบกระดาษ Paper form ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท Electronic form to the e-mail provided to the Company.

ท่านต้องการให้จัดส่งเอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย (*ขอสงวนสิทธิ์เฉพาะเอกสารบางประเภทที่บริษัทสามารถออกเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เท่านั้น*) ในรูปแบบใด (กรุณาเลือกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง)
In what form do you want the receipt document and/or other related documents besides the insurance policy to be delivered? (*For documents that can be electronically issued by the Company only*) (Please select only one.)

☐ แบบกระดาษ Paper form ☐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดส่งตามอีเมล (e-mail) ที่ให้ไว้กับบริษัท Electronic form to the e-mail provided to the Company.

หมายเหตุ : หากไม่ได้ระบุวิธีการจัดส่ง หรือบริษัทไม่สามารถจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารแสดงการรับเงิน และ/หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องนอกจากกรมธรรม์ประกันภัย ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ บริษัทจะจัดส่งให้ท่านในแบบกระดาษ
Remark: If the delivery method is not specified or the Company cannot deliver the insurance policy, receipt document and/or other related documents besides the insurance policy electronically, the Company will deliver them in paper form.

8

อาชีพประจำ / Present Occupation__________

ตำแหน่ง / Position__________

ลักษณะงานที่ทำ / Job Description__________

ลักษณะธุรกิจ / Business Nature__________

รายได้ต่อปี / Annual Income__________ บาท / Baht

อาชีพอื่นๆ(ถ้ามี) / Other Occupation (if any)__________

ตำแหน่ง / Position__________

ลักษณะงานที่ทำ / Job Description__________

ลักษณะธุรกิจ / Business Nature__________

รายได้ต่อปี / Annual Income__________ บาท / Baht

ส่วนที่ 3 Part 3

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะและไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

Certification of status of the applicant, legal representative/legal guardian of the applicant for being in compliance with the intergovernmental agreement between the Government of the Kingdom of Thailand and the Government of the United States of America for cooperation to improve the international tax compliance and to implement FATCA (the US Foreign Account Tax Compliance Act) (in case the applicant is non sui juris and not a premium payer)

(1) การรับรองสถานะ / Certification of Status

ก/A ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
Does your nationality and country of birth relate to the U.S.?

ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant
- ☐ ไม่มี / No
- ☐ มี โปรดระบุ Yes, please specify.
  - ○ ถือสัญชาติอเมริกัน U.S. nationality holder
  - ○ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา Was born in the U.S.
  - ○ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา Was born in the U.S. and is a U.S. nationality holder.

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ (6) Information about the person as indicated in Item (6)
- ☐ ไม่มี / No
- ☐ มี โปรดระบุ Yes, please specify.
  - ○ ถือสัญชาติอเมริกัน U.S. nationality holder
  - ○ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา Was born in the U.S.
  - ○ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา Was born in the U.S. and is a U.S. nationality holder.

ข/B ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
Do you hold or have you ever held U.S. green card?

ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant
- ☐ ไม่เป็น Never ☐ เป็น Yes ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ Yes, but it is no longer effective.

กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่____________________
If you hold or used to hold U.S. green card, please specify your U.S. green card No.
วันบัตรหมดอายุ /its expiry date____________________

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ (6) Information about the person as indicated in Item (6)
- ☐ ไม่เป็น Never ☐ เป็น Yes ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ Yes, but it is no longer effective.

กรณี เป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่____________________
If you hold or used to hold U.S. green card, please specify your U.S. green card No.
วันบัตรหมดอายุ /its expiry date____________________

ค/C ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
Do you have an obligation to pay tax to the Internal Revenue Service?

ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant ☐ ไม่มี No ☐ มี Yes

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ (6) Information about the person as indicated in Item (6) ☐ ไม่มี No ☐ มี Yes

ง/D ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
Are you considered a resident of the U.S. for the objective of tax U.S. collection?
(For example, you have residence in the U.S. for at least 183 days in previous calendar year.)

ผู้ขอเอาประกันภัย Applicant ☐ ไม่มี No ☐ มี Yes

ข้อมูลของบุคคลที่ระบุในข้อ (6) Information about the person as indicated in Item (6) ☐ ไม่มี No ☐ มี Yes

(2) คำรับรอง / Representations and Warranties

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
3. ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
5. ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม 3. และ 4. ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

1. I acknowledge that a life insurance company ("The Company") have obligation or need to comply with FATCA legislation.
2. I acknowledge that it is necessary for the Company to collect, use or disclose my information as the Company has the duty to disclose same to local or foreign governmental authority(ies) as required by FATCA.
3. I agree to provide any additional information, in writing and within a specified period, as per the Company's request to ensure compliance with FATCA.
4. I agree to inform the Company if there is any change of status or information that I have provided to the Company earlier, in case such change relates to the U.S., within 30 days after the date of change of status or information.
5. In case I do not provide the information as stated in (3) or (4) above, I consent the Company to have the right to report my information to local or foreign governmental authority(ies) to ensure compliance with FATCA.

ส่วนที่ 4 / Part 4 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
Does the applicant intend to apply for the personal income tax exemption according to Tax Law

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ____________________

Intends and gives consent to the life insurance company to send and disclose data of premium-related information to the Revenue Department according to its prescribed rules and methods. If the applicant is non-Thai resident who is obliged to pay personal income tax as stated in the Tax Law, please fill in the tax identification number (TIN) ____________, issued by the Revenue Department

☐ ไม่มีความประสงค์/ Does not intend to apply.

ส่วนที่ 5 / Part 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม
Confirmation on declarations or answers provided in the life insurance application of the applicant, and consent

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   I hereby confirm that every answer I have given in this life insurance application and every declaration to the attending physician are true and correct in all respects. I understand that if I omit to disclose any fact, the Company may decline the application and contractual claim.
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
   I and/or my legal representative give consent to physician or insurance company or medical center or any other individual(s) that has my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial information or will have in the future, to disclose such information to the Company or its representatives for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   I and/or my legal representative give consent to the Company to collect, use, or disclose my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial information to other insurance companies, reinsurance brokers, reinsurance companies, legal authorities, medical centers, physicians, medical profession personnel, life insurance agents or life insurance brokers for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือ ข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
   I understand that if I withdraw the consent given to the Company under item 2. or item 3. above, it will affect the Company's underwriting, insurance policy benefit payment or any services in connection with insurance policy, which will consequently cause the Company to be unable to perform as stated under the terms and conditions of the insurance policy, with the result that I will not be able to receive coverage according to the insurance policy.
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I hereby acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my personal data as well as my sensitive data for the purposes of insurance application, underwriting, insurance policy benefit payment according to the Company's Personal Data Protection Policy as shown in [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy The company's Personal Data Protection Policy]. I also acknowledge that the Company will disclose my personal data to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. Details of the OIC's collection, use and disclosure are subject to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

   In the event I disclose personal data of any other person(s), besides mine, to the Company for the purposes of insurance application, underwriting, or insurance policy benefit payment,

   (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   I hereby represent and warrant that I have already verified the accuracy and completeness of personal data of others that I have provided to the Company. I will keep the Company notified if there is any change to the given personal data of others.

   (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   I hereby represent and warrant that I have already received consent or have relied on a lawful basis for collecting, using, disclosing and/or transferring personal data of others in pursuance of applicable laws.

   (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
   I hereby represent and warrant that I have already informed the others of the Company's Personal Data Protection Policy [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy The company's Personal Data Protection Policy]. The Office of Insurance Commission (OIC) has already been notified by me about the objectives of the collection, use, disclosure and/or transfer of personal data for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. The OIC will collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th

   (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
   I hereby represent and warrant that the Company and the Office of Insurance Commission can collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the objectives specified in the applicable personal data protection policies of the Company and of the OIC which might be amended occasionally, as well as all objectives specified in this document and in other related insurance application documents.

(ลงชื่อ)/(Signature)________________________________

(________________________________)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Giving Consent as Legal Representative/
Legal Guardian of the Insurance Applicant
(In case the insurance applicant is a minor.)

(ลงชื่อ)/(Signature)________________________________

(________________________________)

ผู้ขอเอาประกันภัย
Insurance Applicant

ส่วนที่ 6 Part 6 คำเตือน / warning

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
   If you terminate the policy before its maturity, you would receive benefit stated in surrender value schedule in the policy (if any) which may be less than the premium paid
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
   Before signing the document, please check the answers once again to ensure the completeness of insurance contract.
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย
   If you wish to terminate this insurance policy due to whatsoever reason, you can return the insurance policy to the Company within 15 days after receiving the insurance policy from the Company. In the event the Company has already issued an electronic insurance policy to the insured, the insured does not need to return the insurance policy, and the Company will return to the insured the remaining premium after deducting actual health checkup expense and the Company’s expense at the rate of 500 Baht per each insurance policy, except in case of sale of insurance policy through an electronic method, the Company will return to the insured the paid premium in full without making any deduction. The Company shall completely return the premium within 30 days from the date of the Company's receipt of insurance policy termination request. However, if you have already made a claim request thereunder, you will have no right to terminate the insurance policy.

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

I have read and agreed with all of the contents stated in this document, and I have acknowledged the personal data protection policies of the Company and of the OIC. Thus, I hereby affixed my signature below.

เขียนที่ Writing at ______________________ วันที่ Date ________ เดือน Month ______________ พ.ศ. B.E. __________

(ลงชื่อ)/(Signature)______________________
(______________________)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
Witness/ Life Insurance Agent/ Life Insurance Broker

(ลงชื่อ)/(Signature)______________________
(______________________)
ผู้ขอเอาประกันภัย
Insurance Applicant

(ลงชื่อ)/(Signature)______________________
(______________________)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/
ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Giving Consent as Legal Representative/
Legal Guardian of the Insurance Applicant
(In case the insurance applicant is a minor.)