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

บาร์โค้ด

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย 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.

ชื่อผู้ส่งงาน_____
Agent Name

เลขที่ตัวแทน_____
Agent Code

ฝ่ายขาย_____
Sales Department

ใบคำขอเอาประกันภัย P.A. บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
P.A. Application Form of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี
Personal Accident Insurance Policy by Annual Payment Mode

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._____ น้ำหนัก Weight_____ ก.ก. k.g. ส่วนสูง Height_____ ซ.ม. c.m.

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 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่/ House Registration Address_____ 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_____

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/ E-Mail Address_____

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 3 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 3 only.)

3 อาชีพประจำ_____ ตำแหน่ง_____ ลักษณะงานที่ทำ_____
Present Occupation Position Job Description

ลักษณะธุรกิจ_____ รายได้ต่อปี _____ บาท
Business Nature Annual Income Baht

4 ผู้รับประโยชน์ / Beneficiary

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	ร้อยละของผลประโยชน์ % of Benefit

5 แบบประกันภัย โปรดระบุ / Insurance Plan, please specify details_____

จำนวนเงินเอาประกันภัย / Sum Insured_____บาท/ Baht เบี้ยประกันภัย / Premium_____บาท/ Baht

6 ท่านมีประกันชีวิตหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
Do you have life insurance or accident insurance or about to submit those applications to this Company or other companies?

☐ ไม่มี / No ☐ มี / Yes ดังนี้ / Details are as follows :

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง จำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด / If yes, please state total number of policy_____กรมธรรม์ / Policy

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด / Total sum insured_____ บาท / Baht

โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทฯ หรือกับบริษัทอื่น / Please declare the details ;

6.1 บริษัท / Insurer's name _____จำนวนเงินเอาประกันภัย / Sum Insured_____บาท / Baht

6.2 บริษัท / Insurer's name _____จำนวนเงินเอาประกันภัย / Sum Insured_____บาท / Baht

6.3 บริษัท / Insurer's name _____จำนวนเงินเอาประกันภัย / Sum Insured_____บาท / Baht

7 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
Have you ever been declined for a life or accident insurance application, or renewal of insurance contract, or been charged for extra premiums for such insurance?

☐ ไม่เคย / No ☐ เคย/ Yes

(ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท / If yes, please give insurer's name_____

จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งหมด / Total sum insured_____บาท / Baht)

กรณีที่เคยถูกปฏิเสธหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุเป็นเอกสารแนบมาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัยนี้
In case, you have been declined or charged for extra premium by more than one insurer, please specify in separate document and submit it together with this application.

ส่วนที่ 2 Part 2
คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย
Questions about the medical history or treatment of the insurance applicant

8 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? / Have you ever had or been treated for these following diseases?

8.1 โรคลมชัก Epilepsy	☐ ไม่เคย No	☐ เคย Yes	8.5 โรคกระดูก และ/หรือ กล้ามเนื้อ Musculoskeletal Disease	☐ ไม่เคย No	☐ เคย Yes
8.2 โรคหัวใจ Heart Disease	☐ ไม่เคย No	☐ เคย Yes	8.6 โรคความดันโลหิตสูง Hypertension	☐ ไม่เคย No	☐ เคย Yes
8.3 โรคมะเร็ง Cancer	☐ ไม่เคย No	☐ เคย Yes	8.7 โรคเบาหวาน Diabetes	☐ ไม่เคย No	☐ เคย Yes
8.4 โรคเอดส์ AIDS	☐ ไม่เคย No	☐ เคย Yes			

9 ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? / Do you have any abnormalities of eyesight or auditory nerve?
☐ ไม่มี / No ☐ มี ถ้ามี โปรดระบุ / Yes / If yes, please specify details_____

10 ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? / Do you have any abnormalities or disabilities?
☐ ไม่มี / No ☐ มี ถ้ามี โปรดระบุ / Yes / If yes, please specify details_____

11 ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? / Have you ever taken addictive drugs or narcotics?
☐ ไม่เคย/ No ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุ / Yes/ If yes, please give details_____

ส่วนที่ 3 Part 3
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

12 ชื่อและนามสกุล / Name - Surname (ภาษาไทย) / (Thai)_____
(ภาษาอังกฤษ) / (English)_____

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_____

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย / Relationship with the Application_____

13 ที่อยู่และที่ทำงาน / Residential and Business Address

ก/A ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่/ House Registration Address_____ 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_____

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/ E-Mail Address_____

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.

14 อาชีพประจำ_____ ตำแหน่ง_____ ลักษณะงานที่ทำ_____
Present Occupation Position Job Description

ลักษณะธุรกิจ_____ รายได้ต่อปี _____ บาท
Business Nature Annual Income Baht

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

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม
Confirmation on declarations or answers provided in the insurance application of the applicant, and consent

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
I hereby confirm that every answer I have given in this insurance application is 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. หรือข้อ 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.

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.)