คำแนะนำการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

ในการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม ให้ผู้รับประโยชน์จัดเตรียมเอกสารยื่นต่อบริษัทโดยครบถ้วนถูกต้อง ดังนี้

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมรณกรรม	ประเภทการเสียชีวิต		
	กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ (เจ็บป่วย, ชราภาพ)	**กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ (อุบัติเหตุ, ฆ่าตัวตาย, ถูกฆาตกรรม, การตายโดยยังไม่ปรากฏเหตุ)**	**กรณีเสียชีวิตด้วยผลของกฎหมาย (บุคคลสาบสูญ)**
1.เอกสารเพื่อแสดงการเสียชีวิตและการมีประกันกับบริษัท *ให้ผู้รับประโยชน์ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ*	■ สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย ■ สัญญาประกันภัย หรือหนังสือรับรองการประกันภัย **<u>ฉบับจริง</u>** (ถ้ามี)		
	■ สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือใบแจ้งการตาย (ถ่ายสำเนาทั้งด้านหน้า+หลัง)		
		■ สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ	
		■ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ(ถ่ายสำเนาทั้งด้านหน้า+หลัง) ■ สำเนารายงานการตรวจศพ (กรณีผ่าศพพิสูจน์) ■ อื่นๆ เช่นข่าวจากหนังสือพิมพ์	■ สำเนาคำสั่งศาลให้เป็นบุคคลสาบสูญ
2.แบบฟอร์มของบริษัท *โปรดระบุข้อมูลลงในแบบฟอร์มของบริษัทให้ครบถ้วนถูกต้องทุกข้อ*	■ ถ้อยคำผู้รับประโยชน์ เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (2-02-05-0122) ■ แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น FATCA & CRS		
	■ ถ้อยคำแพทย์ผู้ทำการรักษา (2-02-05-0078) ■ หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา (2-02-05-0034/ กรณี 2 ภาษา 2-02-05-0460) ลงนามโดยทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร (ที่บรรลุนิติภาวะ) ท่านใดท่านหนึ่ง และแนบหลักฐานสำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ		

3.เอกสารของผู้เอาประกันภัย

3.1 กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลสัญชาติไทย

■ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับโดยผู้รับประโยชน์

3.2 กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยให้ใช้เอกสาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับโดยผู้รับประโยชน์ ดังต่อไปนี้ คือ

■ สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport)
■ สำเนาบัตรประจำตัวที่รัฐเจ้าของสัญชาติออกให้ ซึ่งต้องแสดงข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษหรือมีคำแปลเป็นภาษาอังกฤษ
■ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
■ สำเนาเอกสารสำคัญประจำตัวอื่นๆ ที่รัฐบาลไทยออกให้ เช่น สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน

4.เอกสารการแสดงตนของผู้รับประโยชน์

4.1 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นบุคคล

4.1.1 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลสัญชาติไทย

■ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคนซึ่งต้องไม่ขาดอายุ ณ วันที่มีการยื่นเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

4.1.2 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยให้ใช้เอกสารซึ่งต้องไม่ขาดอายุ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ณ วันที่มีการยื่นเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ ดังต่อไปนี้ คือ

■ สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport)
■ สำเนาบัตรประจำตัวที่รัฐเจ้าของสัญชาติออกให้ ซึ่งต้องแสดงข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษหรือมีคำแปลเป็นภาษาอังกฤษ
■ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
■ สำเนาเอกสารสำคัญประจำตัวอื่นๆ ที่รัฐบาลไทยออกให้ เช่น สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/สำเนาบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน

4.1.3 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ที่อายุยังไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์

■ กรณีผู้เยาว์มีหลักฐานสำเนาบัตรประชาชน ให้ยื่นสำเนาบัตรประชาชน มาประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม ในกรณีที่ยังไม่มีสำเนาบัตรประชาชน ให้ยื่นสำเนาสูติบัตรเป็นเอกสารการแสดงตนแทนสำเนาบัตรประชาชน
■ ให้บิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ยื่นสำเนาบัตรประชาชน และเอกสารสิทธิการเป็นผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย (กรณีมิใช่บิดามารดา) พร้อมทั้งระบุหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ และระบุที่อยู่ปัจจุบันของบุคคลดังกล่าว พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ

<u>หมายเหตุ</u>

- กรณีชื่อและ/หรือนามสกุลของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในสัญญาประกันภัย ให้ยื่นหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อและ/หรือนามสกุล หรือยื่นใบรับรองที่ออกโดยหน่วยงานราชการซึ่งแสดงว่าเป็นบุคคลเดียวกัน ต่อบริษัทด้วย
- กรณีผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนผู้เอาประกันภัย และใบคำขอเอาประกันภัยไม่ได้ระบุสัดส่วนการแบ่งสินไหมไว้ บริษัทจะจ่ายเงินให้แก่ผู้รับประโยชน์ที่ยังมีชีวิตอยู่คนละเท่าๆกัน โดยขอให้แนบสำเนาหลักฐานใบมรณบัตรของผู้รับประโยชน์ที่เสียชีวิตด้วย
- กรณีผู้รับประโยชน์มีเพียงคนเดียวและได้เสียชีวิตก่อนผู้เอาประกันภัย หรือพร้อมกับผู้เอาประกันภัย บริษัทจะจ่ายเงินให้แก่กองมรดกของผู้เอาประกันภัยโดยขอให้แนบหลักฐานสำเนาใบมรณบัตรของผู้รับประโยชน์ที่เสียชีวิตด้วย
- ก่อนนำส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) โดยขอให้ขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ" แล้วแต่กรณี จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากผู้รับประโยชน์ไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ผู้รับประโยชน์ยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ" แทนผู้รับประโยชน์ได้
- ตามประกาศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) หากค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับต่อผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาท ขึ้นไป ขอให้ผู้รับประโยชน์กรุณาแสดงตัวตน โดย
  - สามารถแสดงตัวตนได้ที่ศูนย์บริการลูกค้า เมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ หรือแสดงตัวตนกับตัวแทนของบริษัท
  - หรือสามารถดาวน์โหลด MTL Click Application โดยสแกน QR Code ด้านล่างนี้ เพื่อแนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน ผ่านทางเมนู E-KYC บน MTL Click Application
  - หรือขอให้แนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนโดยส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
  - สำหรับกรณีผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์และยังไม่มีบัตรประชาชน ขอให้ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตน ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

MTL Click Application

- ให้ข้อมูลในส่วนของแบบแจ้งสถานะการเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา และ/หรือ ประเทศอื่น
- สามารถจัดส่งเอกสารการเรียกร้องสินไหมมรณกรรมผ่านทาง MTL Click Application ได้

4.2 กรณีผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล

(1) หลักฐานของนิติบุคคล	**(2) หลักฐานของผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคล**
ขึ้นอยู่กับประเภทของนิติบุคคล ดังต่อไปนี้ นิติบุคคลทั่วไป ให้ยื่นเอกสารดังนี้ ■ หนังสือรับรองบริษัท ที่นายทะเบียนออกให้ไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันที่มีการยื่นเอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม ■ เอกสารมอบอำนาจให้ทำธุรกรรม (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ) ส่วนราชการ องค์กรของรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ให้ยื่นเอกสารดังนี้ ■ หนังสือแสดงความจำนงในการสร้างความสัมพันธ์และทำธุรกรรม และ ■ หนังสือแต่งตั้งหรือมอบอำนาจให้ทำธุรกรรม (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ) สหกรณ์ มูลนิธิ สมาคม สโมสร วัด มัสยิด ศาลเจ้าและนิติบุคคลอื่นที่คล้ายคลึงกัน ให้ยื่นเอกสารดังนี้ ■ เอกสารแสดงการจดทะเบียน หรือเอกสารใบอนุญาตประกอบกิจการ หรือเอกสารแสดงการจัดตั้งจากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ■ เอกสารมอบอำนาจให้ทำธุรกรรม (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ)	**เฉพาะผู้ที่มาทำธุรกรรมกับบริษัท ในนามของนิติบุคคล และผู้มอบ/รับมอบอำนาจ (ถ้ามี)** ■ คนไทย ให้ใช้สำเนาบัตรประชาชน ■ บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ให้ใช้สำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง ต้องไม่ขาดอายุ ณ วันที่มีการยื่นเอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม 2. ให้ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ ให้ทำธุรกรรมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

คำแนะนำในการระบุข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล ลงในแบบฟอร์มถ้อยคำผู้รับประโยชน์ เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม (2-02-05-0122)

ผู้รับประโยชน์เป็นนิติบุคคล ระบุข้อมูลของนิติบุคคลฯ และผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลฯ (เฉพาะผู้ที่มาทำธุรกรรมกับบริษัทในนามของนิติบุคคลฯ) ลงในข้อ 9. ของแบบฟอร์ม ตามวิธีการดังต่อไปนี้

ข้อมูลผู้รับประโยชน์ (Beneficiary's Information)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	ที่อยู่ปัจจุบัน	ชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย)	อาชีพ	หมายเลขโทรศัพท์/อีเมล
1.ระบุชื่อของนิติบุคคลฯ	ระบุสถานที่ตั้งสำนักงานใหญ่ (กรณีเป็นคนละที่ตั้งตามที่จดทะเบียน) ลงในช่อง "อื่นๆ โปรดระบุ ....." หากเป็นที่เดียวกันให้ระบุว่า "ตามที่จดทะเบียน" ลงในช่อง	ไม่ต้องระบุข้อมูล	ระบุประเภทกิจการของนิติบุคคล	ระบุหมายเลขโทรศัพท์/อีเมล ที่สามารถติดต่อได้ของนิติบุคคลฯ
2.ระบุชื่อผู้มีอำนาจลงนามแทนนิติบุคคลฯ ที่มาทำธุรกรรมกับบริษัท	ระบุที่อยู่ปัจจุบัน ของผู้มีอำนาจลงนามแทนฯ	ระบุเพิ่มเติม กรณีเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย	ไม่ต้องระบุข้อมูล	ระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และ/หรืออีเมลของมีอำนาจลงนามแทนฯ

หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อศูนย์บริการลูกค้าทางโทรศัพท์ โทร. 1766 เมืองไทย Smile

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
MUANG THAI LIFE ASSURANCE PCL.
muangthai.co.th

คำเตือน ผู้รับประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลตามข้อคำถามและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้

แบบฟอร์มหนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์หนึ่งคนเท่านั้น

ถ้อยคำผู้รับประโยชน์
เอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

วันที่ .....

1. สัญญาประกันภัยเลขที่.....ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย.....ชื่อ-สกุลเดิม (ถ้ามี).....

อาชีพก่อนเสียชีวิต.....สถานที่ทำงาน.....

2. ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัยเคยรักษาจากสถานพยาบาล ดังนี้

โรคหรือ อาการเจ็บป่วย	วันที่รับการรักษา	ชื่อแพทย์	สถานพยาบาล

3. การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เอาประกันภัย ❑ ไม่มี ❑ มี โปรดระบุ.....

4. ข้อมูลผู้รับประโยชน์

4.1 ชื่อ.....นามสกุล.....

โปรดระบุสัญชาติ ❑ สัญชาติไทย ❑ บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย (โปรดระบุชื่อประเทศเจ้าของสัญชาติ) .....

4.2 อาชีพ

อาชีพ (โปรดระบุ) ❑ เจ้าของกิจการ ❑ ลูกจ้าง/พนักงาน ❑ อาชีพอิสระ ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

ประเภทอาชีพ (โปรดระบุ)
❑ รับแลกเปลี่ยนเงินตรา ❑ ค้าของเก่า ❑ ค้าอาวุธยุทธภัณฑ์ ❑ ค้าอัญมณี/เพชร พลอย/ ทองคำ
❑ สถานบริการ ❑ นายหน้าจัดหางาน ❑ นำเที่ยว/บริษัททัวร์ ❑ ให้บริการโอนและรับโอนเงิน
❑ คาสิโน ❑ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ❑ บริษัทเอกชน ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

ชื่อสถานที่ทำงาน.....

สถานที่ตั้งของที่ทำงาน เลขที่.....อาคาร.....ชั้น.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.3 ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ❑ เหมือนที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ)

เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.4 ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์ ❑ ที่อยู่เดียวกับข้อ 4.3 ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ)

เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4.5 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....❑ กรณีที่ต้องการรับแจ้งข้อมูลสินไหมมรณกรรมเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ขอให้ทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ❑

4.6 อีเมล.....
(โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น)

5. วิธีการรับสินไหมมรณกรรม

❑ รับเช็คที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ❑ ส่งเช็คทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ระบุในข้อ 4.4

❑ รับเช็คที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....

❑ ส่งเช็คผ่านตัวแทน ชื่อ ..... สังกัด .....

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

❑ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ศาสนา เชื้อชาติ ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ควบคุมกำกับดูแล เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมทดแทน เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบ หรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ❑ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ถ้อยคำมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้เยาว์) ของผู้เอาประกันภัย/ผู้อ้างสิทธิ์/ผู้รับมอบอำนาจตามกรมธรรม์ประกันภัยของบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ที่ผ่านมาและข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย ("ข้อมูล") เปิดเผยข้อมูลแก่บริษัทฯ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ ให้สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอม เปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ .....ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล(ผู้รับประโยชน์)/ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติ

ลงชื่อ .....พยาน ลงชื่อ .....พยาน

( ) ( )

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามส่วนนี้เพิ่มเติมในการให้ความยินยอมข้างต้น พร้อมระบุความสัมพันธ์

*ลงชื่อ .....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

หมายเหตุ : 1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

*2. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

*3. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์

4. ก่อนนำส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) ขอให้ขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ" แล้วแต่กรณี จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ" แทนท่านได้

5. ตามประกาศของสำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.) หากค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับต่อผู้รับประโยชน์ 1 ท่าน เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป ขอให้ผู้รับประโยชน์กรุณาแสดงตัวตน โดย

- สามารถแสดงตัวตนได้ที่ศูนย์บริการลูกค้า เมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ หรือแสดงตัวตนกับตัวแทนของบริษัทฯ
- หรือสามารถดาวน์โหลด MTL Click Application โดยสแกน QR Code ด้านล่างนี้ เพื่อแนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนผ่านทางเมนู E-KYC บน MTL Click Application
- หรือขอให้แนบรูปถ่ายสี (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) และรูปถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนโดยส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
- สำหรับกรณีผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์และยังไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ขอให้ระบุและพิสูจน์ทราบตัวตน ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย

<u>สำหรับตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัท</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้พบกับผู้รับประโยชน์ หรือ บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ ครบถ้วนทุกท่านตามที่ได้ลงนามในเอกสารฉบับนี้ และได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของบุคคลดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... (ตัวบรรจง) รหัสตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ .....วันที่.....

MTL Click Application

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้รับประโยชน์

1. การรับรองสถานะ

ก.ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่	❑ ไม่มี	❑ มี โปรดระบุ ❑ ถือสัญชาติอเมริกัน ❑ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ❑ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข.ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ❑ ไม่เป็น ❑ เป็น ❑ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....		
ค.ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่		❑ ไม่มี ❑ มี
ง.ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)		❑ ไม่มี ❑ มี

2. คำรับรอง

(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

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

ชื่อผู้รับประโยชน์	นามสกุลผู้รับประโยชน์
เมืองที่เกิด	ประเทศที่เกิด (ห้ามใช้อักษรย่อ)

ส่วนที่ 1 การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา

1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่	❑ ไม่ใช่ ❑ ใช่

*"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษี และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี :	เลขที่ :	ถนน :	เมือง :	รัฐ :	รหัสไปรษณีย์ :

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ **:**	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี :
หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ :	
เหตุผล (เอ) – ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น	
เหตุผล (บี) – ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ : โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)	
เหตุผล (ซี) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ : เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)	

ส่วนที่ 2 การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ

1. ท่านยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัทฯ" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจ แต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร
3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัทฯ ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน
4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัทฯ หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงาน ข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ ..... ลายมือชื่อผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ ..... ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

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

ถ้อยคำแพทย์
Declaration of Physician
เอกสารเรียกร้องกรณีผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เสียชีวิต
Claim Form in Case an Insured Person/Premium Payer Is Deceased

ตามสัญญาประกันภัย เลขที่.....

According to the Insurance Contract No.

ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต.....วันที่เสียชีวิต.....

Name-Surname of the Deceased Date of Death

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....เลขที่ H.N .....เลขที่ A.N .....

ID Card/Passport No

ก. ข้อมูลการเสียชีวิต (Information of Death)

1. การเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเกิดขึ้นจากสาเหตุใด (What is the cause of the insured/premium payer's death?)

☐ ฆ่าตัวตาย (Suicide) ☐ ถูกฆาตกรรม (Being Murdered) ☐ อุบัติเหตุ (Accident) ☐ เจ็บป่วย (Illness) ☐ ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown cause)

2. สาเหตุการเสียชีวิต (Cause of Death)

สาเหตุ Cause	โรค/อาการ Disease/Symptoms	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรค/เริ่มรักษาจนกระทั่งเสียชีวิต Date of Onset/Treatment until Death
2.1 เหตุเสียชีวิตโดยตรง (Direct cause)		
2.2 เหตุนำแทรก (Precipitated cause)		
2.3 เหตุนำเดิม (Underlying cause)		
2.4 โรค/ภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน (Other diseases/conditions contributing to death)		

3. การเสียชีวิต มีการชันสูตรพลิกศพหรือไม่ (Was an autopsy performed?) ☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes)

- สรุปผลการชันสูตรพลิกศพปรากฏว่า (Autopsy result revealed).....
- ปริมาณแอลกอฮอล์ในโลหิตที่พบ (Amount of alcohol found in blood).....
- ชนิดสารเสพติด/อื่นๆที่พบ (Other addictive substances found).....

ข. ข้อมูลประวัติสุขภาพ (Medical History)

ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยรับการรักษาจากสถานพยาบาลแห่งนี้หรืออื่นๆ ดังนี้

Before death, the insured /premium payer used to receive medical treatment from this medical center or others as detailed below.

วันที่รักษา Date of Treatment	โรค หรือ อาการเจ็บป่วย Disease or Symptoms	ชื่อแพทย์ Name of Physician	ชื่อสถานพยาบาล Name of Medical Center

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I hereby certify that the above statement is truthful in all aspects.

ลงชื่อ (Sign).....

( )

แพทย์ผู้ทำการรักษา (Attending Physician)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ (Medical License No.).....

สถานพยาบาล (Medical center).....

วันที่ให้ข้อมูล(Date of Information Submission).....

(ประทับตราสถานพยาบาล) Affix with medical center's seal

หมายเหตุ : หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

Remark : If you require more information, please contact (Mr./Mrs./Miss)

ทีม/ฝ่าย..... โทร ..... แฟกซ์ .....

Team/Department Tel. Fax No.

เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง กรุงเทพ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL.
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
หมายเลขทะเบียนที่ 0107555000406
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1925 +66 (0) 2276 1997-8
muangthai.co.th

เขียนที่.....

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา วันที่.....

เลขที่พิจารณา/สัญญาประกันภัย.....

ชื่อ - สกุลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....อายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ในฐานะ

- ❑ ผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย
- ❑ ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
- ❑ ทายาทตามกฎหมายหรือผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลของผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย

ถ้อยคำมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้าในฐานะตามที่ระบุไว้ข้างต้น ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือของ.....ที่ผ่านมาและหรือข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับการมรณกรรมของผู้เอาประกันภัย ("ข้อมูล") เปิดเผยข้อมูลแก่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ หรือพนักงานของบริษัทฯ และให้เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ ให้สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว จึงได้ตกลงให้ความยินยอมข้างต้น

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

❑ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ศาสนา ในบัตรประชาชนของข้าพเจ้า (เรียกว่า "ข้อมูล ส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") เพื่อใช้ยืนยันตัวตนสำหรับการดำเนินการมอบอำนาจติดต่อขอรับประวัติการรักษาจากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล บริษัทฯ หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับหรือจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ เพื่อให้บริษัทฯ และหน่วยงานต่างๆ ข้างต้นเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยและเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบ หรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ❑ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้นโดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

ลงชื่อ .....ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้มอบอำนาจฯ ลงชื่อ .....ผู้รับมอบอำนาจ
( ) ( )

ลงชื่อ .....พยาน ลงชื่อ .....พยาน
( ) ( )

*ลงชื่อ .....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์.....

หมายเหตุ : 1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
*2. กรณีผู้เยาว์ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
*3. กรณีผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
*4. ก่อนนำส่งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง (passport) ขอให้ขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ" แล้วแต่กรณี จนไม่สามารถอ่านข้อความได้ พร้อมลงนามกำกับการขีดทับนั้น หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล "ศาสนา"หรือ "เชื้อชาติ"แทนท่านได้

คำแนะนำการกรอกเอกสาร

ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ต้องกรอกรายละเอียดของตนเองพร้อมลงนามในเอกสารให้ครบถ้วน ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ประกอบด้วย

- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา **ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย**
  - กรณีผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว : มอบอำนาจและยินยอมฯ ด้วยตนเอง
  - กรณีผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์
    : กรณีผู้เยาว์ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย เช่น บิดา มารดา หรือผู้รับอุปการะผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยตามกฎหมาย เป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมฯ แทน
    : กรณีผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย เช่น บิดา มารดา หรือผู้รับอุปการะผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยตามกฎหมาย เป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมฯ ร่วมกับผู้เยาว์
- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา **ในฐานะทายาทของผู้เอาประกันภัย**
  - ขอให้ทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร (ที่บรรลุนิติภาวะแล้ว) เป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา