

## แนวทางปฏิบัติงาน



### นำส่งเอกสาร พิจารณาการรับประกัน

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

\*\* แนะนำเซ็นต์กำกับเอกสารด้านข้าง  
เพื่อต้องแก้ไขข้อมูล \*\*

# 1. การกรอกข้อมูล ใบคำขอ (App)

กรอก AGENT CODE

 <b>เมืองไทยประกันชีวิต</b> MUANG THAI LIFE ASSURANCE รวม เมืองไทยประกันชีวิต 218 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร 10110 กรุงเทพฯ 10110 โทร 02-279-3400, 02-279-3000 www.muangthailife.co.th	<b>ใบคำขอเอาประกันภัย</b>  ชื่อธนาคาร..... รหัสสาขา.....รหัสพนักงาน..... กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่..... ใบรับรองฯ เลขที่.....
<b>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย</b> ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้ บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865	
1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย <b>นายเมืองไทย รักไทย</b> ชื่อและนามสกุลเดิม..... เพศ <input checked="" type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ <b>-</b> สัญชาติ <b>ไทย</b> ศาสนา <b>-</b> สถานภาพ <input checked="" type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า อายุ <b>46</b> ปี เกิดวันที่ <b>01</b> เดือน <b>01</b> พ.ศ. <b>2520</b> เอกสารที่ใช้แสดงตน <input checked="" type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ <b>1 11111 11111 111</b> วันบัตรหมดอายุ <b>31/12/2565</b> <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่.....วันบัตรหมดอายุ..... <input type="checkbox"/> ทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... อาชีพ <b>รับราชการ</b> ตำแหน่ง <b>งานธุรการ</b> ชื่อกรรมา/สามี.....	
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ <b>1</b> หมู่บ้าน/อาคาร <b>-</b> หมู่ที่ <b>1</b> ตรอก/ซอย <b>-</b> ถนน <b>-</b> ตำบล/แขวง <b>ห้วยขวาง</b> อำเภอ/เขต <b>ห้วยขวาง</b> จังหวัด <b>กทม.</b> รหัสไปรษณีย์ <b>10310</b> โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ <b>0811111111</b> อีเมล <b>-</b> ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล..... สถานที่ทำงาน <b>บมจ.เมืองไทยประกันชีวิต</b> อาคาร <b>B</b> เลขที่ <b>250</b> หมู่ที่ <b>-</b> ตรอก/ซอย <b>-</b> ถนน <b>รัชดาภิเษก</b> ตำบล/แขวง <b>ห้วยขวาง</b> อำเภอ/เขต <b>ห้วยขวาง</b> จังหวัด <b>กทม.</b> รหัสไปรษณีย์ <b>10310</b> โทรศัพท์ <b>02-2749400</b> สถานที่ติดต่อ <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน	
3. ได้มีสัญญาไว้กับ <b>สหกรณ์ออมทรัพย์เมืองไทย จำกัด</b> สัญญาเงินกู้เลขที่ <b>หากทราบให้ระบุ / หากยังไม่ทราบแจ้งเพิ่ม ณ วันชำระเบี้ย</b> ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ค้างชำระ ในขณะที่ขอเอาประกันภัย <b>1,000,000</b> บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ <b>10</b> ปี ผู้กู้รวม <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....คน ระบุชื่อ - สกุล.....	
4. จำนวนเงินเอาประกันภัย <b>1,000,000</b> บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ ระยะเวลาเอาประกันภัย <b>10</b> ปี จำนวนเบี้ยประกันภัย <b>36,740</b> บาท ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ผู้กู้รวมที่ทำประกันภัยด้วย <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....คน ระบุชื่อ - สกุล.....	
5. ผู้รับผลประโยชน์ ได้แก่ <b>สหกรณ์ออมทรัพย์เมืองไทย จำกัด</b> (เจ้าหนี้) เป็นผู้รับผลประโยชน์อันดับแรก เฉพาะส่วนที่ เป็นหนี้ค้างชำระ ถ้ามีเหลือจ่ายให้แก่ ชื่อและนามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน/ ผู้รับประโยชน์.....หนังสือเดินทาง/เอกสารที่.....ที่อยู่..... หน่วยงานของรัฐบาล/..... <b>ยังไม่ระบุ</b>	
 2-03-05-2394	

# 1. การกรอกข้อมูล ใบคำขอ (App) (ต่อ)

**หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่ม**

6. ให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรอกข้อความต่อไปนี้

6.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอค่าอาญาของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  
☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุชื่อบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....

6.2 ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  
☒ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....เลิกเสพเมื่อ.....

6.3 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  
☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☒ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....เปียร์.....ปริมาณ.....1ขวด / เดือน.....เลิกดื่มเมื่อ.....

6.4 ส่วนสูง.....170.....ซม. น้ำหนัก.....65.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  
☒ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน สาเหตุที่เปลี่ยนแปลง.....

6.5 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคประสาทหรือไม่  
☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุโรค.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

6.6 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่  
☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุโรค.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
☒ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ  
☐ คือสัญชาติอเมริกัน  
☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา  
☐ คือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่อย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่  
☒ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่  
☒ ไม่มี ☐ มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)  
☒ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอม และตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ 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 หรือมีหนังสือยืนยันก่อนวิธีที่ข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 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

ข้อความยืนยันข้อเท็จจริงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้อภัยค่า การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงข้อแสดงที่ติดต่อกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกฎหมาย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกฎหมายได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกฎหมาย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ ..... สหกรณ์ฯ ..... วันที่ ..... 1 ..... เดือน ..... พ.ศ. .... 66

- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) .....  
.....  
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิตนายหน้าประกันชีวิต


(ลงชื่อ) .....  
.....  
ผู้ขอเอาประกันภัย


(ลงชื่อ) .....  
.....  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ นิติ มารดา  
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย  
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

โปรดให้ข้อมูลการแสดงตนของผู้ขอสมัครเอาประกันภัย (เพิ่มเติม)


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

## 2. การกรอกข้อมูล ใบเสนอขาย (SI)





**แบบประกันภัย ค้ำครองสินเชื่อแบบลดหนี้ (สินสบาย)**  
**แผนการประกันชีวิตของท่าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้**

  
 2-02-03-PRI


น.ส.สมายด์ รักยิ้ม

ตัวแทนประกันชีวิต .....

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

10

ระยะเวลาเอาประกันภัย ..... ปี  
 ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย ครึ่งเดียว



รูปแบบความคุ้มครองซึ่งขึ้นอยู่กับผลของฐานของลูกหนี้ที่มีประวัติการชำระเงินกู้เป็นปกติตามสัญญาเงินกู้ของธนาคาร

ความคุ้มครอง
แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหนี้ (สินสบาย)

จำนวนเงินเอาประกันภัย
1,000,000 บาท

เบี้ยประกันภัย
เบี้ยประกันชีวิต แบบประกันภัยค้ำครองสินเชื่อแบบลดหนี้ (สินสบาย) ..... <span style="color: red;">36,740</span> บาท

งวดการชำระเบี้ยประกันภัย
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> ครึ่งเดียว

**ผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ในกรณีที่กรมธรรม์มีผลบังคับ**


- เมื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต และบริษัทได้รับหลักฐานพิสูจน์การตายตามแบบและวิธีที่บริษัทกำหนดจนครบถ้วนแล้ว ความคุ้มครองเท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงตามเงื่อนไขที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อ
- การทุพพลภาพการสิ้นชีพ โภการเมื่อการวินิจฉัยยังไม่แน่ชัด
  - กรณีพิสูจน์ได้ว่าทุพพลภาพการสิ้นชีพ โดยเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเงินที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อทุพพลภาพการสิ้นชีพตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลง และให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่การพิสูจน์การทุพพลภาพการสิ้นชีพ
  - กรณีที่เกิดการสูญเสียชีวิตอย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลทุพพลภาพการสิ้นชีพ บริษัทจะจ่ายจำนวนเงินผลประโยชน์ตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงของเงินที่สมาชิกผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อทุพพลภาพการสิ้นชีพตามตารางจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ลดลงและให้ถือว่าสัญญาสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่การพิสูจน์การทุพพลภาพการสิ้นชีพ


**หมายเหตุ :**

- เบี้ยประกันภัยของสัญญาประกันภัยนี้ สามารถนำไปใช้หักภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาตามประกาศฉบับที่ 172
- สำหรับระยะเวลาเอาประกันภัย ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป และฉบับที่ 315
- จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง ตามอัตราดอกเบี้ยการกู้ 8% ต่อปี

สรุปเงื่อนไขการไม่ออกเงินคืนเมื่อ ความคุ้มครองของสัญญาประกันภัย ครบถ้วนบริษัท จะไม่คุ้มครอง และของตารางการชำระเบี้ยประกันภัย ระบุไว้ที่ด้านหลังเอกสารนี้

ต้นฉบับ (สีขาว) สำหรับบริษัท

  
 น.ส.สมายด์ รักยิ้ม  
 1 / 1 / 66

  
 นายเมืองไทย รักไทย  
 1 / 1 / 66

นคร เมืองไทยประกันชีวิต  
 250 ถนนรัชดาภิเษก  
 เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10310  
 โทร +66 (0) 2279-9000, +66 (0) 2279-1021  
 โทรสาร +66 (0) 2279-1991-2

mtl\_3-01-03-0007\_01/04/2562







### 3. การกรอกข้อมูล PDPA&EKYC

[illegible]

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นที่พึงปรารถนาที่จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่ย่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ที่ปรากฏใน [https://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่าเป็นที่พึงปรารถนาที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท แก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://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
- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า บริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า ได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่.....สทกรณฯ

วันที่ 1 เดือน ม.ค. พ.ศ. 66

(ลงชื่อ) นายเมืองไทย รักไทย

ผู้ขอเอาประกันภัย



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบาย  
ความเป็นส่วนตัว

ส่วนที่ 3 : สำหรับตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ดำเนินการพิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( น.ส.สมายด์ รักยิ้ม )

กรรณเขียนชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง

ตัวแทนประกันชีวิต/  
นายหน้าประกันชีวิต





**เมืองไทยประกันชีวิต**  
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ  
230 ทะเบียนการค้า เลขที่เอกสาร กฏหมาย 10310  
หมายเลขโทรศัพท์ : 0-2755500406  
+66 (0) 2276 9000, +66 (0) 2276 1025 +66 (0) 2276 1997-8  
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)		เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย Application Form No. / Policy No.	
<b>MR.muangthai rakthai</b>		<b>กรอกเลขให้ตรงกับใบคำขอ</b>	
สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ) Place of Birth (city and country)			
<b>Bangkok / Thailand</b>			
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.?		<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 และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศในตารางด้านล่าง 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 If your answer is "No", continue in Part 2.</p>			
ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี Foreign Taxpayer Identification Number (TIN)	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล A, B หรือ C If the taxpayer identification number (TIN) is not available, enter Reason A, B or C.	หากท่านเลือกเหตุผล B โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ 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) - ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลเฉพาะในกรณีกฎหมายภายในประเทศนั้น 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			
<p>1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน You confirm that the above information is true, complete, accurate and current.</p> <p>2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลนี้ผิดพลาดหรือไม่เป็นความจริงหรือไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นปัจจุบัน บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) "บริษัท" มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท 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.</p> <p>3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่นักบริษัท 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.</p> <p>4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัท มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท 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.</p>			



หากท่านไม่ให้อิเมลล์จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรืออีเมลล์จำเป็นต่อรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเลิกการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทฯ มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทฯ 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 และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนหนึ่งของบริษัทแล้ว ซึ่งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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

**1/1/2023**

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