



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. : 0 2274 9400, 0 2276 1025 โทรสาร : 0 2276 1997-8
Muang Thai Life Assurance Public Company Limited
250 Rachadaphisek Rd., Huaykwang, Bangkok 10310
Tel. : 0 2274 9400, 0 2276 1025 Fax. : 0 2276 1997-8
Registration : 0107555000406
www.muangthai.co.th

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

CLIENT NO.....
ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่..... รหัสตัวแทน/นายหน้า.....
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ (แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม
- เพศ ชาย หญิง อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....
- สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า ชื่อภรรยา/สามี
- เอกสารที่ใช้แสดงตน บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ วันหมดอายุ
- หนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว เลขที่ วันหมดอายุ
- ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
- ชื่อสถาบันการเงิน..... เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ
- จำนวนเงินกู้ บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม
- วันที่ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง*
- กู้เพื่อซื้อ..... ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ
- (ให้ระบุรายการทรัพย์สินที่จะกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอย่างเฉพาะเจาะจง)
- *วันที่เริ่มต้นให้ความคุ้มครอง ให้ผู้เอาประกันภัยระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงิน หรือวันที่ได้รับเงินกู้
- ที่อยู่และที่ทำงาน
- ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
- แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์ที่บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
- ข. สถานที่ทำงาน อาคาร เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
- ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
- แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์ที่บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
- ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
- ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
- อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ
- ลักษณะธุรกิจ รายได้ต่อปี บาท
- ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
- แบบประกันภัย..... ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว
- จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น* บาท เบี้ยประกันภัย บาท
- จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้ บาท ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่
- ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่ ชื่อบัญชี
- ธนาคาร สาขา อื่นๆ

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่
ที่ระบุข้างต้น

*จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น คือ จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ขณะเริ่มทำประกันชีวิต ซึ่งระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์
และจำนวนเงินเอาประกันภัยนี้จะลดลงเป็นรายเดือนซึ่งจะระบุตามที่แนบท้ายกรมธรรม์



2-02-05-1401

5. ผลประโยชน์

ก. กรณีเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก
 เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย
 ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้
 (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์รอง	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์คงเหลือ
.....
.....

ข. กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก
 เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับจำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย
 ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

6. ท่านมีการทำสัญญาประกันชีวิต หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันชีวิต เพื่อคุ้มครองสินเชื่อกับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ขณะนี้สัญญาจะมีผลบังคับหรือไม่
.....
.....

คำเตือนสำหรับข้อ 6 คำถามนี้บริษัทถือเป็นสาระสำคัญในการพิจารณารับประกันสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองสินเชื่อกับประกันภัย
 ครั้งเดียว ประเภทสามัญ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดหรือแถลงเท็จบริษัทอาจใช้สิทธิบอกล้างสัญญาและ ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน
 ตามสัญญาประกันชีวิต

**7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม
 หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดระบุ
 ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อ**

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

**9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เสพ / ไม่เคยเสพ เสพ / เคยเสพ
 ถ้าเสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน..... ปี เลิกเสพเมื่อ**

**10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม / ไม่เคยดื่ม ดื่ม / เคยดื่ม
 ถ้าดื่ม/เคยดื่มโปรดระบุชนิด..... ปริมาณขวด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่มเมื่อ**

**11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย เคย/เคยสูบบุหรี่
 ถ้าสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน สูบบุหรี่มานาน.....ปี เลิกสูบบุหรี่เมื่อ**

**12. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน
 ถ้าเปลี่ยน โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น กก. ลดลง..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง**

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย

**13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมเร็ง
 โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบหรือไม่ ไม่เป็น เป็น
 โปรดระบุบุคคลที่เป็น โรค อายุที่เริ่มเป็น**

**14. สามี/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบหรือไม่ ไม่เป็น เป็น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง
 เป็นโรคเอดส์ (HIV) เป็นไวรัสตับอักเสบบ**

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพหรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด)
16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิตปีสภาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจหรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ / รักษา	วันเดือนปีที่รักษา
.....

17. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)
-

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีสัญชาติ หรือประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ
 ถือสัญชาติอเมริกัน เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ
- ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่
 ไม่มี มี
- ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของ ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างน้อย 183 วัน ในปีปฏิทินที่ผ่านมา)
 ไม่มี มี

2. คำยินยอมและตกลง ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้

ข้าพเจ้ายินยอมและ ตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและ ตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูลในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธ การรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทาง ไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 5 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงคฺจะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้อภัยค่า การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากผู้เอาประกันภัยยังไม่ได้ทำสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์นี้ได้ภายใน 30 วันนับแต่วันที่รับกรมธรรม์จากบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท
2. หากกรมธรรม์ยังมีผลบังคับ ผู้เอาประกันภัยสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ได้ โดยได้รับความยินยอมจากสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หลักที่ให้สินเชื่อ หรือเมื่อผู้เอาประกันภัยได้ชำระหนี้สินที่มีอยู่กับสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หลักหมดแล้ว
3. วันที่เริ่มต้นความคุ้มครองซึ่งเป็นวันเดียวกับวันที่ผู้เอาประกันภัยประสงคฺจะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครองซึ่งระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย หรือวันที่ระบุไว้ในกรณีที่มีการขอแก้ไขวันเริ่มต้นความคุ้มครอง หรือวันที่บริษัทหรือตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทได้รับข้อเสนอการรับประกันภัยใหม่ (counter offer) แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
4. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(.....)

พนักงานบริษัทประกันชีวิต

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

