



คำเตือน ผู้รับประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลตามข้อคำถามและลงนามให้  
ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตาม  
สัญญาประกันภัยได้

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.....

ประเทศเจ้าของสัญชาติ (กรณีเป็นบุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทย).....

4.2 ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ เหมือนที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน

☐ อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

4.3 ที่อยู่ที่ต้องการให้บริษัทติดต่อทางไปรษณีย์

☐ ที่อยู่เดียวกับข้อ 4.2

☐ อื่นๆ โปรดระบุ เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

4.4 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....☐ กรณีที่ต้องการรับแจ้งข้อมูลสินไหมมรณกรรมเป็นข้อความผ่านทางโทรศัพท์มือถือ  
ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐

4.5 อีเมล (โปรดระบุภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น).....

5. วิธีการรับสินไหมมรณกรรม

☐ รับเช็คที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

☐ ส่งเช็คทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่ระบุในข้อ 4.3

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

☐ ส่งเช็คผ่านตัวแทน ชื่อ ..... ลังกัด .....

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



ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้เยาว์) ของผู้เอาประกันภัย/ผู้อ้างสิทธิ์/ผู้รับมอบอำนาจตาม  
 บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการ  
 รักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ที่ผ่านมาและข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวกับการฉกรรกรรมของผู้เอาประกันภัย (“ข้อมูล”) เปิดเผยข้อมูลแก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ  
 เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำ  
 การตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ ให้สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

( ) ( )



MTL Click Application

การรองรับสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการ  
ภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้รับประโยชน์

1. การรับรองสถานะ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ก.ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ไม่มี                             | <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ<br><input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกัน<br><input type="checkbox"/> เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา<br><input type="checkbox"/> ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา |
| ข.ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่<br><input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ..... |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |
| ค.ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |                                                                                                                                                                                                                    |
| ง.ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)                                                                                               | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |                                                                                                                                                                                                                    |

2. คำรับรอง

- (1) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (2) ข้าพเจ้ารับทราบ ว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA
- (3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด
- (4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล
- (5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

แบบแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น สำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้รับประโยชน์ (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล)                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ)                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| <b>ส่วนที่ 1</b> การแจ้งสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในแต่ละประเทศ นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา                                                                                                                                                                   |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| 1. ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่                                                                                                                                                                                 |                                        | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่                     |                                                                                                   |
| *“ถิ่นที่อยู่ทางภาษี” หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่นๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ                           |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| โปรดตอบ “ใช่” หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษี และหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง                                                                     |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| หากท่านตอบว่า “ไม่ใช่” ให้สิ้นสุดคำถามในส่วนที่ 1 นี้                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี                                                                                                                                                                                                                                                         | หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ | หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี | หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| เหตุผล (เอ) – ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อยู่อาศัยในประเทศนั้น                                                                                                                                                                    |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| เหตุผล (บี) – ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ : โปรดอธิบาย เหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)                                                                                                                                |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| เหตุผล (ซี) – ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ : เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)                                                                                                      |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| <b>ส่วนที่ 2</b> การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| 1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน                                                                                                                                                                                                        |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| 2. ท่านรับทราบและตกลงว่าหากข้อมูลที่ให้ตามแบบฟอร์มนี้ เป็นข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร    |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| 3. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นปัจจุบัน                                                                                   |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |
| 4. ท่านรับทราบและตกลงว่าในกรณีที่ท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัท มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร |                                        |                                                                                  |                                                                                                   |

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สามารถจะขอให้ท่านดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัท มีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัท เห็นสมควร

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ ..... ลายมือชื่อผู้รับประโยชน์

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