



## คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันชีวิต จงตอบคำตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหม gad แผนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**แบบฟอร์มเพื่อขอเอกสารประกันภัย เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม**

ชื่อ-สกุล ผู้เจ้าประกันภัย ..... ลักษณะประจำเลขที่ .....  
อาชีพประจำ ..... ลักษณะงาน .....  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี ที่อยู่ .....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ .....

อีเมล (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษด้วยพิมพ์ใหญ่เท่านั้น)

บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลตั้งก้างล่ามเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงหมายบริษัทฯ

## โปรดระบุความประสงค์ของท่าน

- บันทึกหมายเลโนโกรัคพ์ และ/หรือ อีเมลสำหรับทุกสัญญาประันภัยของท่าน
  - บันทึกหมายเลโนโกรัคพ์ และ/หรือ อีเมลเฉพาะเลขที่ลับฉบับประันภัยที่ระบุข้างต้น

ก็จะได้รับการแจ้งข้อมูลผ่านทางอีเมลที่ระบุไว้ในบัญชีของคุณ

|   |  |                       |  |              |
|---|--|-----------------------|--|--------------|
| 1 | การขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม /เปลี่ยนแปลงผลประโยชน์สัญญาเพิ่มเติม |                       |  |              |
|   | 1.1 กรณีขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม                                      |                       |  |              |
|   | แบบสัญญาเพิ่มเติม  | จำนวนเงินเอาประกันภัย | เฉพาะกรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ช่วยเบี้ยประกันภัยเท่านั้น |              |
|   |  |                       | ชื่อผู้ช่วยเบี้ยประกันภัย  | ความสัมพันธ์ |
|   |  |                       |  |              |
|   |  |                       |  |              |

โปรดระบุความสัมพันธ์ของผู้ช่วยระเบียบประกันภัยกับผู้เอาประกันภัยลงในตารางข้างต้น พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน โดยขอให้เขียนทันทีข้อมูล “ค่าสนใจ” จนไม่สามารถอ่านข้อมูลได้พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บันทึกท่าน ดำเนินการขึ้นทันที ค่าสนใจ แทนท่านได้ และสำเนาที่ระบุนี้เป็นบันดาลของผู้ช่วยระเบียบประกันภัยด้วย

### 1.2 กรณีเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ของสัญญาเพิ่มเติมที่มืออยู่

| แบบสัญญาเพิ่มเติม | ผลประโยชน์เดิม | เปลี่ยนแปลงเป็น |
|-------------------|----------------|-----------------|
|                   |                |                 |
|                   |                |                 |
|                   |                |                 |
|                   |                |                 |

นับตั้งแต่บริษัทออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย  ไม่เคย  เคย ขอเอาประกันชีวิต/ประกันอุบัติเหตุ/ประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น  
(ถ้าเดินทางไปแล้วรายละเอียดด้านล่าง)

| การประกันภัยเพิ่มเติม | บริษัทผู้รับประกันภัย | เลขที่สัญญาประกันภัย | แบบ/ผลประโยชน์ | จำนวนเงินเอาประกันภัย |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
|                       |                       |                      |                |                       |
|                       |                       |                      |                |                       |

ผู้เอาประกันภัยคุกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย รับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษ หรือบอกล้างจากบริษัทอื่นบังหรือไม่  ไม่เคย  เคย  
ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....

สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....

ร่างกายของผู้เอาประภันน้ำมีส่วนใดที่ไม่สมประกอบบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี (ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด.....)

นับตั้งแต่บริษัทของกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย  ไม่เคย  เคยเจ็บป่วย (ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)

| สถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา | โรคที่รักษา | วันเดือนปี ที่รักษา |
|-----------------------------|-------------|---------------------|
|                             |             |                     |
|                             |             |                     |

โปรดแจ้งสัดส่วนร่างกาย ส่วนสูง..... ซ.ม. น้ำหนัก..... ก.ก.

2 **การขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม**  
ระบุสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการยกเลิก.....  
.....

### 3 การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษาอังกฤษได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

- ข้าพเจ้า **มีความประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษาอังกฤษได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด**
  - ทุกสัญญาประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำไว้กับบริษัทฯ
  - เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่ .....
- (ทั้งนี้ หาก่านไม่ระบุเลขที่สัญญาประกันภัย บริษัทฯ จะถือว่าทำไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากสัญญาประกันภัยนั้น)  
หากผู้เอาประกันภัยเป็น **ชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident)** ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากการสรรพากร เลขที่ .....
- ข้าพเจ้า **ไม่มีความประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรทุกสัญญาประกันภัย**

#### ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (เลี้ยงแต่กรนี) (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ เตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานราชการ และคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแล รวมกับผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บุคคลนิติ บุคคล และหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อพิจารณาจัดการประกันภัย และดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ทราบโดยละเอียด เพื่อพิจารณาจัดการประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยรวมถึงยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า ที่มีอยู่และที่จะมีขึ้นในอนาคต ที่ได้รับการเปิดเผยจาก แพทย์ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าโดยถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันกับวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงของเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำการกำลังดูแลประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการพิจารณาจัดการประกันภัย การให้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วที่ [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy](http://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy) จึงตกลงให้ความยินยอมพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานด้วย



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด  
นโยบายความเป็นส่วนตัว

#### คำรับรองนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริง โดยถือเป็นมูลฐานและสาระสำคัญกับบริษัทฯ จะนำไปพิจารณาจัดการประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าคำข้อนี้จะมีผลโดยสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น

ลงนาม .....

ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้ปกครองผู้ชำนาญเบี้ยประกันภัยลงนามแทน)

(.....)

ลงนาม .....

ผู้ปกครองผู้ชำนาญเบี้ยประกันภัย

(.....)

ลงนาม .....



ลงนาม.....

ลงนาม.....

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

พยาน / กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิก

ผู้เอาประกันภัย(นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

ผู้เอาประกันภัย(นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

- หมายเหตุ**
- กรณีที่ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองที่ข้อบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัยลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายมือ จะต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
  - กรณีนิติบุคคล ขอให้ประกอบตราตรึงไว้ในส่วนของกรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับมอบอำนาจ