



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันภัย จงตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

แบบฟอร์มเพื่อขอเอาประกันภัย เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... สัญญาประกันภัยเลขที่.....
อาชีพประจำ..... ลักษณะงาน.....รายได้รวมต่อปี.....บาท
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....
.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น) |-----|

บริษัทฯ จะบันทึกที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลดังกล่าว เพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัทฯ
โปรดระบุความประสงค์ของท่าน

- บันทึกที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมล สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน
- บันทึกที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมล เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น

ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บันทึกที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน และขอสงวนสิทธิ์การแจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลข และ/หรือ อีเมล 1 บัญชีเท่านั้น

1	การขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม/เปลี่ยนแปลงผลประโยชน์สัญญาเพิ่มเติม				
	1.1 กรณีขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม				
	แบบสัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เฉพาะกรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น		
			ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ความสัมพันธ์	
	โปรดระบุความสัมพันธ์ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกับผู้เอาประกันภัยลงในตารางข้างต้น พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน โดยขอให้ขีดทับข้อมูล "ศาสนา" จนไม่สามารถอ่านข้อความได้พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล "ศาสนา" แทนท่านได้ และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย				
	1.2 กรณีเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ของสัญญาเพิ่มเติมที่มีอยู่				
	แบบสัญญาเพิ่มเติม	ผลประโยชน์เดิม	เปลี่ยนแปลงเป็น		
นับตั้งแต่บริษัทฯ ออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ขอเอาประกันภัย/ประกันภัยอุบัติเหตุ/ประกันภัยสุขภาพกับบริษัทอื่น (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)					
การประกันภัยเพิ่มเติม	บริษัทผู้รับประกันภัย	เลขที่สัญญาประกันภัย	แบบ/ผลประโยชน์	จำนวนเงินเอาประกันภัย	
ผู้เอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย รับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษ หรือบอกกล่าวจากบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....					
สุขภาพของผู้เอาประกันภัยในปัจจุบันเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....					
ร่างกายของผู้เอาประกันภัยมีส่วนใดที่ไม่สมบูรณ์บ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด.....)					
นับตั้งแต่บริษัทฯ ออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยเจ็บป่วย (ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)					
สถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา	โรคที่รักษา		วันเดือนปี ที่รักษา		
โปรดแจ้งสัดส่วนร่างกาย ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... ก.ก.					
2	การขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม				
	ระบุสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการยกเลิก.....				

คำเตือน การขอเอาประกันภัย เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิก สัญญาเพิ่มเติม

อาจมีผลกระทบต่อจำนวนค่าเบี้ยประกันภัยที่สามารถนำไปใช้สิทธิลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาประจำปี

3	<p>การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร</p> <p><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้ามีความประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด</p> <p><input type="checkbox"/> ทุกสัญญาประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำไว้กับบริษัทฯ</p> <p><input type="checkbox"/> เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่</p> <p>(ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุเลขที่สัญญาประกันภัย บริษัทฯ จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากสัญญาประกันภัยนั้น)</p> <p>หากผู้เอาประกันภัยเป็น ชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่</p> <p><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรทุกสัญญาประกันภัย</p>
----------	--

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานราชการ และคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแล รวมทั้งผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้ บุคคล นิติบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อพิจารณารับประกันภัย และการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

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

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การให้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy จึงตกลงให้ความยินยอมพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานท้ายนี้



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

คำรับรองนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริง โดยถือเป็นมูลฐานและสาระสำคัญที่บริษัทฯ จะนำไปพิจารณารับประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าคำขอนี้จะมีผลโดยสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น

ลงนาม ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามแทน)

(.....)

ณ วันที่

กรณีผู้เอาประกันภัย อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี ให้ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติม

ในการให้ความยินยอมนี้ ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเห็นชอบและให้ความยินยอมให้ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแล้ว

ลงนาม ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

ณ วันที่



ลงนาม.....

ลงนาม.....

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

พยาน / กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิก

ผู้เอาประกันภัย(นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

- หมายเหตุ**
1. กรณีที่ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัยลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องมิพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
 2. กรณีนิติบุคคล ขอให้ประทับตราบริษัทในส่วนของการกรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับมอบอำนาจ