



เมืองไทยประกันชีวิต  
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด  
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทร : 0 2274 9400, 0 2276 1025 โทรสาร : 0 2276 1997-8  
Muang Thai Life Assurance Co., Ltd.  
250 Rachadaphisek Rd., Huaykwang, Bangkok 10310  
Tel : 0 2274 9400, 0 2276 1025 Fax : 0 2276 1997-8  
www.muangthai.co.th

**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ  
ธุรกิจประกันภัย ผู้เอาประกันภัย จงตอบคำถามแบบสอบถามตาม  
ความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้  
บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตาม  
สัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์ มาตรา 865

คำขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม ยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม

ชื่อ -สกุล .....

กรมธรรม์เลขที่ .....

1	เกิดวันที่ .....	เดือน .....	พ.ศ. ....	อายุ .....	ปี .....
	ที่อยู่อาศัย .....	โทรศัพท์ .....			
	อาชีพประจำ .....	อาชีพพิเศษ .....			
	ท่านใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะด้วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
2	<b>รายการที่ขอเพิ่มเติม ยกเลิก หรือเปลี่ยนแปลง</b>				
	<b>2.1 กรณีขอเพิ่มเติม</b>				
	แบบสัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย *	ความสัมพันธ์ *	
	* เฉพาะกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์และเป็นการซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยท่านนั้น โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ระบุนามความสัมพันธ์ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกับผู้เอาประกันภัยด้วย				
	<b>2.2 กรณีขอยกเลิก</b>				
	ระบุสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการยกเลิก .....				
	<b>2.3 กรณีขอเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์สัญญาเพิ่มเติมที่มีอยู่</b>				
	สัญญาเพิ่มเติม	เดิม	เปลี่ยนแปลงเป็น		
3	นับตั้งแต่บริษัทออกกรมธรรม์ให้ท่าน ท่าน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ขอเอาประกันภัย อุบัติเหตุ สุขภาพ ( ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด)				
	การประกันภัยเพิ่มเติม	บริษัท	กรมธรรม์เลขที่	แบบ	จำนวนเงินเอาประกันภัย
	ท่านเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนหรือรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษจากบริษัทนี้ หรือจากบริษัท อื่นบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ( ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด).....				
4	สุขภาพของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....				
	ร่างกายของท่านมีส่วนใดที่ไม่สมประกอบบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด).....				
	นับตั้งแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ให้ท่าน ท่าน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยเจ็บป่วย (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดข้างล่าง)				
	ชื่อ - นามสกุล แพทย์ และสถานพยาบาลที่เคยไปรับการรักษา	โรคที่รักษา		วัน เดือน ปี ที่รักษา	
5	โปรดแจ้งสัดส่วนร่างกาย	ส่วนสูง .....	ช.ม.	น้ำหนัก .....	ก.ก.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ต้อยแถลงที่ปรากฏในคำขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม ยกเลิก หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติมนี้เป็นความจริงโดย ถือเป็นมูลฐาน  
และสาระสำคัญที่บริษัทจะนำไปพิจารณารับประกันภัย ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าคำขอนี้จะมีผลโดยสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯเห็นชอบและ/หรืออนุมัติ แล้วเท่านั้น  
อนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบุคคลใด ๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือจะได้รับการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง  
หรือเรื่องที่ทราบ เนื่องจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัททราบตามที่ต้องการทุกประการ  
สถานที่ลงนาม ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

.....  
.....  
.....  
ผู้เอาประกันภัย ..... พยาน ..... พยาน .....  
หมายเหตุ กรณีที่ผู้เอาประกันภัยพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ จะต้องมีการลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน  
2 - 02 - 05 - 08  
REV.02 08/12/2553