



**หนังสือขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลระหว่างการพิจารณารับประกันภัย**

**Letter to Request for Amendment of Insurance Application Information during Underwriting Process**

ข้าพเจ้า ..... ผู้ขอเอาประกันภัยตามใบคำขอ/พิจารณาเลขที่ .....

มีความประสงค์ที่จะขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข ข้อมูลรายละเอียดการขอเอาประกันภัย และขอให้บริษัทฯ ดำเนินการให้เป็นไปตามหนังสือขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลระหว่างการพิจารณารับประกันภัย ดังนี้

I,.....,the insurance applicant under Application form No./ case No. ...., would like to request for amendment of information regarding the insurance application. Please proceed according to the request made in the Letter to Request for Amendment of Insurance Application Information during Underwriting Process.

| เปลี่ยนแปลงรายละเอียดการขอเอาประกันภัย/Amendment of insurance application information  |   |                   |                       |                     |
|--|---|-------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>1. เปลี่ยนแปลงรายละเอียด</b><br><b>Amendment of details</b><br><input type="checkbox"/> ระยะเวลาเอาประกันภัย/Coverage period<br><input type="checkbox"/> จำนวนเงินเอาประกันภัย/Sum insured<br><input type="checkbox"/> วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย/<br>Mode of premium payment  | เปลี่ยนระยะเวลาเอาประกันภัยเป็น/Change coverage period to.....<br>จำนวนเบี้ยประกันภัยเป็น/Premium to.....<br>จำนวนเงินเอาประกันภัยเป็น/Sum insured to.....<br>จำนวนเบี้ยประกันภัยเป็น/Premium to.....<br>เปลี่ยนเป็น/Change to <input type="checkbox"/> รายปี/Annual <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน/Semi-annual<br><input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน/Quarterly <input type="checkbox"/> รายเดือน/Monthly |                   |                       |                     |
|  | <b>2. เปลี่ยนแปลงสัญญาเพิ่มเติม</b><br><b>Amendment of rider</b><br><input type="checkbox"/> ขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม/Rider application  | แบบสัญญาเพิ่มเติม | จำนวนเงินเอาประกันภัย | จำนวนเบี้ยประกันภัย |
|  |   | Type of rider     | Sum insured           | Premium             |
|  | <input type="checkbox"/> ยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม/Rider cancellation  |                   |                       |                     |
|  |   |                   |                       |                     |
| <b>หมายเหตุ:</b> กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์และต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ขอให้จัดทำใบคำขอเอาประกันภัยฉบับใหม่<br><b>Remark:</b> In case an insurance applicant is a minor and would like to purchase Waiver of Premium for Premium Payer Benefit Rider, please submit a new insurance application form. |   |                   |                       |                     |
| <b>3. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้รับประโยชน์</b><br><b>Amendment of beneficiary</b><br><input type="checkbox"/> เพิ่มผู้รับประโยชน์/Add beneficiary   | ชื่อ - นามสกุล  |                   | ความสัมพันธ์          |                     |
|  | Name - surname  |                   | Relationship          |                     |
| <input type="checkbox"/> ยกเลิกผู้รับประโยชน์/Remove beneficiary   |   |                   |                       |                     |
|  |   |                   |                       |                     |
| <input type="checkbox"/> แก้ไขชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์/<br>Amendment of name-surname of beneficiary  | ชื่อ - นามสกุลเดิม  | แก้ไขเป็น         | ความสัมพันธ์          |                     |
|  | Current name - surname  | Amend to          | Relationship          |                     |
| (โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับประโยชน์กับผู้ขอเอาประกันภัย/Please attach a copy of ID card and house registration of the beneficiary with certified true copy in order to present the relationship between beneficiary and insurance applicant.)             |   |                   |                       |                     |



**เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย/Amendment of insurance applicant's information**

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>4. เปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ถูกเอาประกันภัย</b><br><b>Amendment of insurance applicant's information</b>   | แก้ไขเป็น/Amend to |
| <input type="checkbox"/> ชื่อ-นามสกุล/คำนำหน้า/Name -surname/Title   |                    |
| <input type="checkbox"/> วัน เดือน ปี เกิด/Date, month, year of birth  |                    |
| <input type="checkbox"/> ที่อยู่/หมายเลขโทรศัพท์/Address/Telephone number  |                    |
| (โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หรือเอกสารเปลี่ยนแปลงของทางราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องแล้วแต่กรณี/Please attach a copy of ID card and house registration or official document of amendment, whichever the case may be, with certified true copy.) |                    |
| <b>5. อื่นๆ/Others</b>   |                    |
|  |                    |

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแล เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการพิจารณารับประกันภัย การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อการใดอันเป็นประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัย

ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับประโยชน์แก่บริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้น ข้าพเจ้ากระทำในฐานะเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว และขอรับรองว่าได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าวในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่บริษัทฯ แล้ว และบุคคลดังกล่าวยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลนั้นได้ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้นด้วย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อ การพิจารณา รับประกันภัย การให้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วที่ [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy](http://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy) จึงตกลงให้ความยินยอม ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน  นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้รับไว้ข้างต้นโดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

I give consent to the Company to collect and use Personal Information, health information, disability, religion, race, of me and/or the person under my guardianship (as the case may be), both provided above at present and in the future (collectively referred to as "Sensitive Data"). This consent also includes disclosure of such Sensitive Personal Information as necessary to executives, employees and life insurance agents of the Company, life insurance brokers, banks, reinsurance companies, agencies and commissions which are responsible for law enforcement or legally registered, state agencies or regulators, including the Company's vendors or service providers to allow the Company and the above persons and agencies to collect and use the Sensitive Data as necessary and required by law for the purposes of underwriting, any operations regarding insurance policies, and for any purposes which benefit the insurance applicant.

In the event that I give Personal Information of beneficiaries to the Company for the purposes specified above, I act as a Data Controller of such persons. I certify that I have received consent from them to disclose the Personal Information to the Company and they give consent to the Company to collect, use and disclose the Personal Information according to the purposes specified above.



I acknowledge that by not giving consent and by changing the scope of consent, withdrawing consent, objecting, requesting for erasure or destruction of Personal Information, it may result in the Company being unable to manage or take any necessary action on the insurance contract and may affect underwriting, services and policy benefit payment. I have already acknowledged the Company's privacy policy on [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy](http://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy), and therefore agreed to give consent. In this regard, the expression of my intention by marking  in the above  constitutes that I have given explicit consent to collect, use and disclose the Personal Information according to the purposes specified above. Hereby, I have signed as evidence thereof.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด  
นโยบายความเป็นส่วนตัว



Scan the QR code to read  
a detail of privacy policy.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหนังสือขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลระหว่างการพิจารณารับประกันภัยนี้เป็นความจริงโดยถือเป็นมูลฐานและสาระสำคัญที่บริษัทฯ จะนำไปพิจารณารับประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าจะมีผลโดยสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบและ/หรืออนุมัติแล้วเท่านั้น

I hereby certify that the Letter to Request for Amendment of Insurance Application Information during Underwriting Process is true and regarded as the ground and essence for the Company to consider insurance application. Moreover, I am fully aware that this amendment will be completely effective only when the Company has agreed and/or approved the request.

(ลงชื่อ/Sign) ..... วันที่/Date ..... / ..... / .....

ผู้ให้ความยินยอม/ผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีอายุไม่เกิน 10 ปี ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ลงนามแทน)

Consent Grantor/Insurance Applicant (If not over 10 years old, a father/mother/legal guardian must sign on their behalf.)

**กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามเพิ่มเติม**

**If the insurance applicant is over 10 years old but less than 20 years old, a father/mother/legal guardian must sign this section.**

ในการให้ความยินยอมข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าเห็นชอบและให้ความยินยอมให้ผู้ขอเอาประกันภัยให้ความยินยอมแล้ว

In this regard, I agree and consent insurance applicant to give the consent.

(ลงชื่อ/Sign).....

วันที่/Date...../...../.....

(.....)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ของผู้ขอเอาประกันภัย

Father/mother/legal guardian of insurance applicant



(ลงชื่อ/Sign) .....

(.....)

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) /Enrollee (Corporate)



วันที่/Date ...../..... /.....

(ลงชื่อ/Sign).....พยาน/ผู้รับรอง

(ลงชื่อ/Sign).....พยาน/ผู้รับรอง

(.....)Witness/Endorser

(.....)Witness/Endorser

**หมายเหตุ/Remark:**

1.กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 2 ท่าน

2.พยานถือว่าการรับรองลายมือชื่อของผู้ให้ความยินยอม/ผู้ขอเอาประกันภัย/บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย

1.In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.

2.Witnesses certify signature of consent grantor/insurance applicant/father/mother/legal guardian.

