

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

บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัทฯ

☐ บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน

☐ บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลเฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น

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

1	การขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม /เปลี่ยนแปลงผลประโยชน์สัญญาเพิ่มเติม 1.1 กรณีขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%; text-align: center;">แบบสัญญาเพิ่มเติม</th><th style="width: 25%; text-align: center;">จำนวนเงินเอาประกันภัย</th><th colspan="2" style="text-align: center;">เฉพาะกรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น</th></tr> <tr> <td></td><td></td><th style="width: 30%; text-align: center;">ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย</th><th style="width: 20%; text-align: center;">ความสัมพันธ์</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		แบบสัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เฉพาะกรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น				ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ความสัมพันธ์										
แบบสัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	เฉพาะกรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น																	
		ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	ความสัมพันธ์																
โปรดระบุความสัมพันธ์ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกับผู้เอาประกันภัยลงในตารางข้างต้น พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน โดยขอให้ขีดทับข้อมูล "ศาสนา" จนไม่สามารถอ่านข้อความได้พร้อมลงนามกำกับ หากท่านไม่ได้ดำเนินการดังกล่าว ท่านยินยอมให้บริษัทฯ ดำเนินการขีดทับข้อมูล ศาสนา แทนท่านได้ และสำเนา ทะเบียนบ้านของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย																			
1.2 กรณีเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ของสัญญาเพิ่มเติมที่มีอยู่																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%; text-align: center;">แบบสัญญาเพิ่มเติม</th><th style="width: 25%; text-align: center;">ผลประโยชน์เดิม</th><th style="text-align: center;">เปลี่ยนแปลงเป็น</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		แบบสัญญาเพิ่มเติม	ผลประโยชน์เดิม	เปลี่ยนแปลงเป็น															
แบบสัญญาเพิ่มเติม	ผลประโยชน์เดิม	เปลี่ยนแปลงเป็น																	
นับตั้งแต่บริษัทออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ขอเอาประกันชีวิต/ประกันอุบัติเหตุ/ประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%; text-align: center;">การประกันภัยเพิ่มเติม</th><th style="width: 25%; text-align: center;">บริษัทผู้รับประกันภัย</th><th style="width: 15%; text-align: center;">เลขที่สัญญาประกันภัย</th><th style="width: 15%; text-align: center;">แบบ/ผลประโยชน์</th><th style="width: 20%; text-align: center;">จำนวนเงินเอาประกันภัย</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		การประกันภัยเพิ่มเติม	บริษัทผู้รับประกันภัย	เลขที่สัญญาประกันภัย	แบบ/ผลประโยชน์	จำนวนเงินเอาประกันภัย													
การประกันภัยเพิ่มเติม	บริษัทผู้รับประกันภัย	เลขที่สัญญาประกันภัย	แบบ/ผลประโยชน์	จำนวนเงินเอาประกันภัย															
ผู้เอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนรับประกันภัย รับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษ หรือบอกล้างจากบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....																			
สุขภาพของผู้เอาประกันภัยในปัจจุบันเป็นอย่างไร ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก..... ร่างกายของผู้เอาประกันภัยมีส่วนใดที่ไม่สมประกอบบ้างหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด.....) นับตั้งแต่บริษัทออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ☐ ไม่เคย ☐ เคยเจ็บป่วย (ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%; text-align: center;">สถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา</th><th style="width: 40%; text-align: center;">โรคที่รักษา</th><th style="width: 30%; text-align: center;">วันเดือนปี ที่รักษา</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		สถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา	โรคที่รักษา	วันเดือนปี ที่รักษา															
สถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา	โรคที่รักษา	วันเดือนปี ที่รักษา																	
โปรดแจ้งสัดส่วนร่างกาย ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... ก.ก.																			
2	การขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม ระบุสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการยกเลิก.....																		

3

การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

☐ ข้าพเจ้า**มีความประสงค์**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

☐ ทุกสัญญาประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำไว้กับบริษัท

☐ เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่

(ทั้งนี้ หากท่าน**ไม่ระบุ**เลขที่สัญญาประกันภัย บริษัทฯ จะถือว่าท่าน**ไม่มีความประสงค์**จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากสัญญาประกันภัยนั้น)

หากผู้เอาประกันภัยเป็น **ชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident)** ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ข้าพเจ้า**ไม่มีความประสงค์**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรทุกสัญญาประกันภัย

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) (รวมเรียกว่า “ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว”) รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต ธนาकर บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานราชการ และคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแล รวมทั้งผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัท เพื่อให้ บุคคล นิติบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อพิจารณารับประกันภัย และการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมธธรรมประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

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

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

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว

คำรับรองนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ปรากฏในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริง โดยถือเป็นมูลฐานและสาระสำคัญที่บริษัทฯ จะนำไปพิจารณารับประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าคำขอนี้จะมีผลโดยสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น

ลงนาม

(.....)

ณ วันที่

ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามแทน)

กรณี**ผู้เอาประกันภัย อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี** ให้ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติม

ในการให้ความยินยอมนี้ ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเห็นชอบและให้ความยินยอมให้ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแล้ว

ลงนาม

(.....)

ณ วันที่

ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ลงนาม.....

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงนาม.....

(.....)

พยาน / กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิก

ผู้เอาประกันภัย(นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

หมายเหตุ 1. กรณีที่ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองที่ขอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัยลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องมิพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

2. กรณีนิติบุคคล ขอให้ประทับตราบริษัทในส่วนของการกรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับมอบอำนาจ

LIIOC. PDPA เริ่มใช้ 11/01/2565

หน้า 2 / 2 2-02-05-0084