



คำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพ

ชื่อ – นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....

เลขที่การพิจารณา..... วันที่.....

ตามที่ข้าพเจ้า ได้ให้ถ้อยแถลงไว้ในเอกสารการขอเอาประกันชีวิตกับ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เกี่ยวกับสุขภาพ/โรค..... นั้น ขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. เริ่มเป็นโรคนีตั้งแต่วันที่..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....
2. อาการของโรค.....
3. การตรวจพิเศษที่ได้รับ

<input type="checkbox"/> ปีสสาวะ	<input type="checkbox"/> เลือด	<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ส่วนอก
<input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นหัวใจ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
4. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค..... วิธีการรักษา.....
5. ปัจจุบันยังมีอาการอยู่/กำลังรักษาหรือไปรับการตรวจเป็นระยะๆ อยู่หรือไม่

<input type="checkbox"/> ใช่ ครั้งล่าสุดเมื่อใด	<input type="checkbox"/> ไม่/หายเป็นปกติแล้ว	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
---	--	--
6. ผลตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

<input type="checkbox"/> ชนิดธรรมดา	<input type="checkbox"/> ชนิดร้ายแรง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
-------------------------------------	--------------------------------------	--

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษา ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า “ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว”) รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็นให้แก่ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจบังคับกำกับดูแล รวมทั้งผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัท เพื่อให้บริษัท บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็น และตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การให้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy จึงตกลงให้ความยินยอม

(ลงชื่อ)..... วันที่...../...../.....
(.....)



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว

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

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามเพิ่มเติม
ในการให้ความยินยอมข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าเห็นชอบและให้ความยินยอมให้ผู้ขอเอาประกันภัยให้ความยินยอมแล้ว

(ลงชื่อ)..... วันที่...../...../.....
(.....)

บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ของผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)..... พยาน/ผู้รับรอง (ลงชื่อ)..... พยาน/ผู้รับรอง
(.....) (.....)

หมายเหตุ:

1. กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 2 ท่าน
2. พยานถือว่าเป็นการรับรองลายมือชื่อของผู้ให้ความยินยอม/ผู้ขอเอาประกันภัย/บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย



2-02-05-0171
(สำหรับเจ้าหน้าที่)