



**คำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพ**  
**Declaration of Health**

ชื่อ – นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย/Name – Surname of Insurance Applicant  
.....  
เลขที่การพิจารณา/Case No..... วันที่/Date.....

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

As I have declared in the life insurance application documents of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited about health/disease....., I would like to provide additional details as follows:

1. เริ่มเป็นโรคนีตั้งแต่วันที่/Disease has occurred since .....  
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา/Medical center for treatment.....
2. อาการของโรค/Symptoms.....
3. การตรวจพิเศษที่ได้รับ/Special examinations received  ปัสสาวะ/Urine  เลือด/Blood  
 เอกซเรย์ส่วนอก/Chest X-ray  ตรวจคลื่นหัวใจ/Electrocardiogram  อื่นๆ โปรดระบุ/Others, please specify.....
4. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค/Diagnosed by a physician with..... วิธีการรักษา/Method of treatment.....
5. ปัจจุบันยังมีอาการอยู่/กำลังรักษาหรือไปรับการตรวจเป็นระยะๆ อยู่หรือไม่/At present, do you have symptoms/still need to go for treatment or medical examination?  
 ใช่ ครั้งล่าสุดเมื่อใด/Yes. When was the last visit?.....  ไม่ หายเป็นปกติแล้ว/No. Completely cured  
 อื่นๆ โปรดระบุ/Others, please specify.....
6. ผลตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)/Biopsy result (if any)  ชนิดธรรมดา/Benign  ชนิดร้ายแรง/Malignant  
 อื่นๆ โปรดระบุ/Others, please specify.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษา ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า “ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว”) รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็นให้แก่ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจบังคับกำกับดูแล รวมทั้งผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็น และตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อผลการพิจารณารับประกันภัย การให้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วที่ [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy](http://www.muangthai.co.th/th/privacy-policy) จึงตกลงให้ความยินยอม

I hereby certify that the above declaration is true in all respects and I give consent to the Company to collect and use personal information, health information and medical record, both provided above at present and in the future (collectively referred to as “Sensitive Data”). This consent also includes disclosure of such Sensitive Data as necessary to life insurance agents of the Company, life insurance brokers, banks, reinsurance companies, government agencies, 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, and for any purposes which benefit the insurance applicant.



2-02-05-0440

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. In this regard, 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.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด  
นโยบายความเป็นส่วนตัว  
/Scan for details of  
Privacy Policy.

(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 his/her 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).....พยาน/ผู้รับรอง  
(.....)Witness/Endorser

(ลงชื่อ/Sign).....พยาน/ผู้รับรอง  
(.....)Witness/Endorser

**หมายเหตุ/Remark:**

1. กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 2 ท่าน

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

2. พยานถือว่าเป็นการรับรองลายมือชื่อของผู้ให้ความยินยอม/ผู้ขอเอาประกันภัย/บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย

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



2-02-05-0440