



คำแถลงเกี่ยวกับการทำประกันชีวิตของตนเองและบุคคลในครอบครัว
Declaration of Personal and Family Members Insurance

ชื่อ – นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย/Name – Surname of Insurance Applicant

.....
เลขที่การพิจารณา/Case No.....วันที่/Date.....

ตามที่ข้าพเจ้า ได้ให้ถ้อยแถลงไว้ในเอกสารการขอเอาประกันชีวิตกับ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เกี่ยวกับการทำประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุของตนเองและบุคคลในครอบครัวกับบริษัทฯ นี้หรือบริษัทอื่นนั้น ขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

As I have declared in the life insurance application documents of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited about life insurance or health insurance or accident insurance of myself and my family members with the Company and other companies, I would like to provide additional details as follows:

ชื่อ – นามสกุล/ Name - surname	ความสัมพันธ์/ Relationship	บริษัท/ Company	จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท)/ Sum insured (Baht)	วันเริ่มสัญญา/ Contract effective date	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับ หรือไม่/ Is the contract still in force?
					<input type="radio"/> มี/Yes <input type="radio"/> ไม่มี/No
					<input type="radio"/> มี/Yes <input type="radio"/> ไม่มี/No
					<input type="radio"/> มี/Yes <input type="radio"/> ไม่มี/No
					<input type="radio"/> มี/Yes <input type="radio"/> ไม่มี/No
					<input type="radio"/> มี/Yes <input type="radio"/> ไม่มี/No
					<input type="radio"/> มี/Yes <input type="radio"/> ไม่มี/No

ข้าพเจ้ารับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าทราบว่า บริษัท อาจมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ข้าพเจ้าให้แก่ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย และผู้รับจ้างหรือ ผู้ให้บริการแก่บริษัท รวมทั้งผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท เพื่อใช้และประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในนโยบาย ความเป็นส่วนตัวของบริษัท ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท แล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นแก่บริษัท เช่น ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย สมาชิกในครอบครัว เพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้น ข้าพเจ้า กระทำในฐานะเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลเหล่านั้น และขอรับรองว่าได้รับความยินยอมจากบุคคลเหล่านั้นในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ให้แก่บริษัท แล้ว และบุคคลดังกล่าวยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลนั้นได้ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้นด้วย

I hereby certify that the above declaration is true in all respects and I acknowledge that the Company may disclose my personal information to life insurance agents of the Company, life insurance brokers, banks, reinsurance companies, agencies in authorities, the Company's vendors or service providers, including data processors of the Company to use and process the personal information for such purposes in accordance with the Company's Privacy Policy. In this regard, I have already acknowledged the Company's Privacy Policy on www.muangthai.co.th/th/privacy-policy. In witness whereof, I have hereunto signed my name.



2-02-05-0442

In the event that I give personal information of other persons to the Company such as premium payers, family members for the purposes specified above, I act as a Data Controller of such persons and 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.

(ลงชื่อ/Sign).....

วันที่/Date...../...../.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม/ผู้ขอเอาประกันภัย

Consent Grantor/Insurance Applicant



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว/
Scan for details of
Privacy Policy.

(ลงชื่อ/Sign).....พยาน/ผู้รับรอง

(ลงชื่อ/Sign).....พยาน/ผู้รับรอง

(.....)Witness/Endorser

(.....)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.

