



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ
ธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865
Warning from the Office of Insurance Commission In pursuance of Section
865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated
to disclose all statements truthfully. Concealment of any fact could be
a ground for the insurance company to deny contractual claim.

MEDICAL EXAMINER 'S REPORT FOR INSURANCE APPLICANT UNDER AGE OF 15 YEARS

Full name of child examined				Sex.....		Age.....		Date of birth.....	
1	Height (Cm).....Weight (Kg)..... Head circumference (Cm)(For age < 1yr).....			Yes	No	If yes, please specify			
2	A - Has the child any impairment of physical growth or mental development or peculiar look? B - Has the child any impairment of sight or hearing? C - Has the child any deformity or lameness? D - Has the child been hospitalized? When? Where? Why?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	After careful inquiry and examination, do you find any evidence of past or present disease of A - Brain or nervous system? Convulsions? B - Heart or lung? C - Abdomen, kidney, urinary tract, liver or spleen? D - Bone, joints or muscle? E - Skin, glands, eyes, ears or other parts of the body? F - Endocrine or other disease? G - Any infectious or contagious disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	Does the child appear to be well nourished and in good health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5	Has the child been completely vaccinated by age?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6	Identification marks? (In order to prevent any potential fraud, please clearly indicate any scars or marks.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7	Additional remarks : (Please state any item(s) discovered that has not been stated above which may influence the risk.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

(ลงชื่อ/Signature).....
(.....)
แพทย์ผู้ตรวจ/Physician's Name
Medical License No



ข้อความยืนยันข้อมูลและการให้ความยินยอม

Confirmation on declarations and consent

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ทุกข้อมูลในหนังสือฉบับนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แสดงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I hereby confirm that every answer I have given in this life insurance application and every declaration to the attending physician are true and correct in all respects. I understand that if I omit to disclose any fact, the Company may decline the application and contractual claim.

2. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

I and/or my legal representative give consent to physician or insurance company or medical center or any other individual(s) that has my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial or will have in the future, to disclose such information to the Company or its representatives for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.

3. ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I and/or my legal representative give consent to the Company to collect, use, or disclose my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial to other insurance companies, reinsurance brokers, reinsurance companies, legal authorities, medical centers, physicians, medical profession personnel, life insurance agents or life insurance brokers for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อกรพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

I understand that if I withdraw the consent given to the Company under item 2. or item 3. above, it will affect the Company's underwriting, insurance policy benefit payment or any services in connection with insurance policy, which will consequently cause the Company to be unable to perform as stated under the terms and conditions of the insurance policy, with the result that I will not be able to receive coverage according to the insurance policy.

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.muangthai.co.th/th/privacy-policy รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียด การเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ.ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ.ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I hereby acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my personal data as well as my sensitive data for the purposes of insurance application, underwriting, insurance policy benefit payment according to the Company's Personal Data Protection Policy as shown in www.muangthai.co.th/th/privacy-policy I also acknowledge that the Company will disclose my personal data to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. Details of the OIC's collection, use and disclosure are subject to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

In the event I disclose personal data of any other person(s), besides mine, to the Company for the purposes of insurance application, underwriting, or insurance policy benefit payment.

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

I hereby represent and warrant that I have already verified the accuracy and completeness of personal data of others that I have provided to the Company. I will keep the Company notified if there is any change to the given personal data of others.

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ /หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

I hereby represent and warrant that I have already received consent or have relied on a lawful basis for collecting, using, disclosing and/or transferring personal data of others in pursuance of applicable laws.

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th



I hereby represent and warrant that I have already informed the others of the Company's Personal Data Protection Policy www.muangthai.co.th/privacy-policy The Office of Insurance Commission (OIC) has already been notified by me about the objectives of the collection, use, disclosure and/or transfer of personal data for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. The OIC will collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอน ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

I hereby represent and warrant that the Company and the Office of Insurance Commission can collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the objectives specified in the applicable personal data protection policies of the Company and of the OIC which might be amended occasionally, as well as all objectives specified in this document and in other related insurance application documents.



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว
Scan for details of
Privacy Policy

เขียนที่/Writing at..... วันที่/Date..... เดือน/Month..... พ.ศ./B.E เวลา/Time

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

Witness/Life Insurance Agent/Life Insurance Broker Insurance Applicant

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย/Insurance Applicant

(กรณีอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัยลงนามแทน)

If not over 10 years old, Legal Representative/ Legal Guardian of the Insurance

Applicant must sign on his/her behalf.)

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

พยาน/Witness

(ลงชื่อ/Signature).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/

ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปี

ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัยลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติม)

Giving Consent as

Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant

(In case the insurance applicant is a minor.)

(If the insurance applicant is over 10 years old but less than 20 years old,

Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant must sign this section.)

หมายเหตุ/Remark:

1. กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 2 ท่าน

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

2. พยานถือว่าการรับรองลายมือชื่อของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

Witnesses certify signature of insurance applicant/legal representative/legal guardian of the insurance applicant.

