



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันภัย จัดคอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด
ข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหม
ทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลง ยกเลิก หรือขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... สัญญาประกันภัยเลขที่.....
อาชีพประจำ..... ลักษณะงาน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....
หมายเลข โทรศัพท์มือถือ.....
อีเมล (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น)

บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลข โทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัทฯ โปรดระบุความประสงค์ของท่าน

บันทึกหมายเลข โทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน บันทึกหมายเลข โทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลเฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น

ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บันทึกหมายเลข โทรศัพท์ และ/หรือ อีเมลดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน และขอสงวนสิทธิ์การแจ้งข้อมูลผ่านหมายเลข โทรศัพท์ เพียง 1 หมายเลข และ/หรือ อีเมล 1 บัญชีเท่านั้น

1 การขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม /เปลี่ยนแปลงผลประโยชน์สัญญาเพิ่มเติม					
1.1 กรณีขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม					
แบบสัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย*	ความสัมพันธ์*		
* เฉพาะกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์และเป็นการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น					
โปรดระบุความสัมพันธ์ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกับผู้เอาประกันภัยในตารางข้างต้น พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย					
1.2 กรณีเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ของสัญญาเพิ่มเติมที่มีอยู่					
แบบสัญญาเพิ่มเติม	ผลประโยชน์เดิม	เปลี่ยนแปลงเป็น			
2 นับตั้งแต่บริษัทออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ขอเอาประกันภัยชีวิต/ประกันอุบัติเหตุ/ประกันสุขภาพ (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)					
การประกันภัยเพิ่มเติม	บริษัทผู้รับประกันภัย	เลขที่สัญญาประกันภัย	แบบ/ผลประโยชน์	จำนวนเงินเอาประกันภัย	
ผู้เอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนรับประกันภัย หรือรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษ จากบริษัทนี้หรือจากบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย					
ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....					
สุขภาพของผู้เอาประกันภัยในปัจจุบันเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....					
ร่างกายของผู้เอาประกันภัยมีส่วนใดที่ไม่สมบูรณ์ประกอบบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ถ้ามี โปรดแจ้งรายละเอียด.....)					
นับตั้งแต่บริษัทออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยเจ็บป่วย (ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)					
สถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา	ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา	โรคที่รักษา	วันเดือนปี ที่รักษา		
4 โปรดแจ้งสัดส่วนร่างกาย ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... ก.ก.					
5 การขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม					
ระบุสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการยกเลิก.....					

6 การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

- ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) นำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด
- ทุกสัญญาประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำไว้กับบริษัทฯ
- เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่

(ทั้งนี้ บริษัทฯ จะถือว่าสัญญาประกันภัยที่ท่านไม่ได้ระบุนั้น ท่านไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร)

หากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

- ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรทุกสัญญาประกันภัย (โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ปรากฏในแบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลง ชกเลิก หรือขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมนี้เป็นความจริง โดยถือเป็นหลักฐานและสาระสำคัญที่บริษัทฯ จะนำไปพิจารณารับประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าคำขอนี้จะมีผลโดยสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น

อนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่เลขทำการตรวจรักษาสุขภาพ หรือจะได้อำนาจการตรวจรักษาสุขภาพต่อไปในอนาคต เปิดเผยประวัติ หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพหรือการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า (ผู้เอาประกันภัย) ให้กับบริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ทราบได้โดยละเอียดทุกประการ

สถานที่ลงนาม.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม

(.....)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย / สมาชิกผู้เอาประกันภัย



ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต พยาน / กรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัย (นิติบุคคล) หรือผู้รับมอบอำนาจ

หมายเหตุ: 1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

2. กรณีนิติบุคคล ขอให้ประทับตราบริษัทในส่วนของกรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับมอบอำนาจ