



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร : 0 2274 9400, 0 2276 1025 โทรสาร : 0 2276 1997-8
Muang Thai Life Assurance Public Company Limited
250 Rachadaphisek Rd., Huaykwang, Bangkok 10310
Tel. : 0 2274 9400, 0 2276 1025 Fax. : 0 2276 1997-8
Registration : 0107555000406
www.muangthai.co.th

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันภัย จงตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด
ข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหม
ทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลง ยกเลิก หรือขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... สัญญาประกันภัยเลขที่.....

อาชีพประจำ..... ลักษณะงาน.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทธิแจ้งข้อมูลผ่านหมายเลข โทรศัพท์เพียง 1 หมายเลขเท่านั้น).....

บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัทฯ โปรดระบุนามประสงค์ของท่าน

บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน

ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน

1 การขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติม /เปลี่ยนแปลงผลประโยชน์สัญญาเพิ่มเติม				
1.1 กรณีขอเอาประกันภัยเพิ่มเติม				
แบบสัญญาเพิ่มเติม	จำนวนเงินเอาประกันภัย	ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย*	ความสัมพันธ์*	
* เฉพาะกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์และเป็นการซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเท่านั้น				
โปรดระบุความสัมพันธ์ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกับผู้เอาประกันภัยลงในตารางข้างต้น พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย				
1.2 กรณีเปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ของสัญญาเพิ่มเติมที่มีอยู่				
แบบสัญญาเพิ่มเติม	ผลประโยชน์เดิม	เปลี่ยนแปลงเป็น		
2 นับตั้งแต่บริษัทออกกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ขอเอาประกันภัย/ประกันอุบัติเหตุ/ประกันสุขภาพ (ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดด้านล่าง)				
การประกันภัยเพิ่มเติม	บริษัทผู้รับประกันภัย	เลขที่สัญญาประกันภัย	แบบ/ผลประโยชน์	จำนวนเงินเอาประกันภัย
ผู้เอาประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนรับประกันภัย หรือรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษ จากบริษัทนี้หรือจากบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย				
ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด				
3 สุขภาพของผู้เอาประกันภัยในปัจจุบันเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....				
ร่างกายของผู้เอาประกันภัยมีส่วนใดที่ไม่สมบูรณ์บ้างหรือไม่ <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	วันเดือนปีที่รักษา	
4 โปรดแจ้งสัดส่วนร่างกาย ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.				
5 การขอยกเลิกสัญญาเพิ่มเติม				
ระบุสัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการยกเลิก.....				

6 การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และยินยอมให้ บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด

- ทุกสัญญาประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำไว้กับบริษัทฯ
- เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่

หากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

- ทุกสัญญาประกันภัยที่ทำไว้กับบริษัทฯ
- เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่

หมายเหตุ

1. โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
2. บริษัทฯ จะบันทึกข้อมูลดังกล่าวจนกว่าท่านจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงมายังบริษัทฯ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อตกลงที่ปรากฏในแบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลง ชกเล็ก หรือขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมนี้เป็นความจริง โดยถือเป็นมูลฐานและสาระสำคัญที่บริษัทฯ จะนำไปพิจารณารับประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าค่าของนี้จะมีผลโดยสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ/หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น

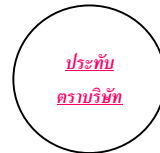
อนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพ หรือจะ ได้ทำการตรวจรักษาสุขภาพต่อไปในอนาคต เปิดเผยประวัติหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพหรือการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า (ผู้เอาประกันภัย) ให้กับบริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ทราบได้โดยละเอียดทุกประการ

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 ขอให้ประทับตราบริษัทในส่วนของการกรรมการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจลงนามผูกพันสมาชิกผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับมอบอำนาจ