



คำขอต่ออายุสัญญาประกันภัย / กลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้า*..... ผู้เอาประกันภัยตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....

(*กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ระบุชื่อผู้เอาประกันภัยและผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วย)

มีความประสงค์จะขอต่ออายุสัญญาประกันภัย / ขอกลับคืนสู่สถานะเดิม ของสัญญาประกันภัยดังกล่าวให้มีผลบังคับตั้งเดิมโดยวิธี

- ก. () ชำระเบี้ยประกันภัยพร้อมดอกเบี้ยที่กำหนดในสัญญาประกันภัย ข. () ยืดเวลาครบกำหนดของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอให้ถ้อยแถลงรับรองว่าตั้งแต่ก่อนและในขณะที่ขอทำสัญญาประกันภัย และในระหว่างที่ขาดการชำระเบี้ยประกันชีวิต ตลอดมาจนถึงปัจจุบันนี้ ข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย

- () ไม่เคยเจ็บป่วยหรือสุขภาพทรุดโทรมแต่ประการใดและขณะนี้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี
() เคยเจ็บป่วย และได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ โปรดให้รายละเอียด.....

อีกทั้งข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย ไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์รวมทั้งบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา เป็นต้นด้วย และข้าพเจ้าทราบดีว่าหากข้าพเจ้า / ผู้เอาประกันภัย รวมทั้งบุคคลในครอบครัวดังกล่าว ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทฯ จะไม่รับต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือกลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัยให้มีผลบังคับตั้งเดิม

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า คำแถลงของข้าพเจ้าเกี่ยวกับสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งหากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดความเป็นจริงซึ่งควรบอกให้ชัดเจนอันจะได้แจ้งใจให้บริษัทฯ เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีก หรือให้บอกปิดไม่ยอมทำสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 ให้ถือว่าการต่ออายุสัญญาประกันภัยจากสัญญาประกันภัยขาดผลบังคับตกเป็นโมฆียะเช่นเดียวกัน และ / หรือ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัย จากการที่แปลงสัญญาประกันภัยเป็นขยายเวลา / ขอรับเงินสำเร็จ / สิ้นสุดการขยายเวลา นี้เป็นโมฆะไม่มีผลบังคับใช้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการต่ออายุสัญญาประกันภัย และ / หรือ การกลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัยให้มีผลบังคับตั้งเดิมนี จะไม่มีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ เห็นชอบ และ / หรือ อนุมัติแล้วเท่านั้น และบริษัทฯ จะปฏิบัติตามเงื่อนไขทั่วไปว่าด้วยการไม่ได้แย้ง หรือคัดค้านความไม่สมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย และการมาตัวตาย หรือถูกฆาตกรรม ซึ่งจะเริ่มนับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ อนุมัติให้ต่ออายุสัญญาประกันภัย / กลับคืนสู่สถานะเดิมของสัญญาประกันภัย

หากท่านมีสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแนบท้ายกรมธรรม์ ที่กำหนดเงื่อนไขหัวข้อ "การต่ออายุกรณีสัญญาเพิ่มเติมสิ้นผลคุ้มครอง (Reinstatement)" ไว้ว่า "ผู้เอาประกันภัยอาจขอให้สัญญาเพิ่มเติมกลับมามีผลคุ้มครองใหม่ภายใน 90 วัน นับจากวันที่ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย โดยความยินยอมของบริษัท" และหากสัญญาเพิ่มเติมนั้นได้สิ้นผลคุ้มครองลงเกิน 90 วันแล้ว ตามเงื่อนไขดังกล่าว บริษัทฯ ไม่สามารถต่ออายุสัญญาเพิ่มเติมดังกล่าวให้ท่านได้

กรณีที่ขอต่ออายุสัญญาประกันภัยเกิน 90 วัน ซึ่งตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น ในส่วนของสัญญาเพิ่มเติมประกันภัยสุขภาพบริษัทไม่สามารถต่ออายุให้ท่านได้ ดังนั้น หากท่านยังมีความประสงค์ให้มีความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมดังกล่าว โปรดแสดงความประสงค์ของท่าน

() ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้กรมธรรม์มีความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแนบท้ายกรมธรรม์ที่เคยมีอยู่ โดยการแจ้งความประสงค์ในครั้งนี้จะถือว่าเป็นการขอซื้อสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพใหม่เพื่อแนบท้ายกรมธรรม์

หมายเหตุ หากท่านไม่ระบุความประสงค์ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ว่าท่านไม่มีความประสงค์ให้กรมธรรม์มีความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพแนบท้ายกรมธรรม์ที่เคยมีอยู่

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ของข้าพเจ้า และ / หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานราชการ และคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจบังคับกำกับดูแล รวมทั้งผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้ บุคคล นิติบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อพิจารณาปรับประกันภัย และการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นแก่บริษัทฯ เช่น ผู้รับประโยชน์ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย หรือบุคคลอื่นเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้น ข้าพเจ้ากระทำในฐานะเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลเหล่านั้น และขอรับรองว่าได้รับความยินยอมจากบุคคลเหล่านั้นในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่บริษัทฯ แล้ว และบุคคลดังกล่าวยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลนั้นได้ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้นด้วย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการต่ออายุสัญญาประกันภัย / กลับคืนสู่สถานะเดิมของ

สัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบาย ความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ แล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy จึงตกลงให้ความยินยอม พร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานท้ายนี้



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด นโยบายความเป็นส่วนตัว

เอกสารนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิต

ลงนาม ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามแทน)
(.....)

ณ วันที่

กรณีผู้เอาประกันภัย อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี ให้ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามในส่วนนี้เพิ่มเติม
ในการให้ความยินยอมนี้ ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยของข้าพเจ้าเห็นชอบและให้ความยินยอมให้ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแล้ว

ลงนาม ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
(.....)

ณ วันที่

ในกรณีที่ผู้เอาและผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยได้ซื้อสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัยของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โปรดกรอกข้อความต่อไปนี้

ข้าพเจ้า..... ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ของผู้เอาประกันภัยตามสัญญาประกันภัยข้างต้น
ขอรับรองว่า ในระหว่างที่สัญญาประกันภัยข้างต้นขาดการชำระเบี้ยประกันภัยตลอดมาจนถึงปัจจุบัน ข้าพเจ้าไม่เคยเจ็บป่วยหรือสุขภาพทรุดโทรมแต่ประการใด
และขณะนี้ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี

ลงนาม ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ณ วันที่

ลงนาม พยาน ลงนาม พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องมียานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
(โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ข้าพเจ้า **มีความประสงค์** ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

นำส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

ทุกสัญญาประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำไว้กับบริษัทฯ

เฉพาะสัญญาประกันภัยเลขที่

(ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุเลขที่สัญญาประกันภัย บริษัทฯ จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากสัญญาประกันภัยนั้น)

หากผู้เอาประกันภัยเป็น **ชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident)** ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลข
ประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ข้าพเจ้า **ไม่มีความประสงค์** ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร **ทุกสัญญาประกันภัย**

ลงนาม ผู้เอาประกันภัย
(.....)