

เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์: 0 2665 4000, 0 2290 3333, โทรสาร: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
Muang Thai Insurance Public Company Limited
252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310
Telephone: 0 2665 4000, 0 2292 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
www.muangthaiinsurance.com, Call Center 1484

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล แบบพิเศษพลัส “Health Me Plus”

FM-APP-06-178

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ/นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง..... รายได้ต่อเดือน..... บาท ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อสะดวก เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

2. รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์

1. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
2. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.
ความคุ้มครองเริ่ม ณ วันที่ชำระเบี้ยประกันภัย หลังจากผ่านการพิจารณารับประกันภัยแล้ว

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ

1 ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

3 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือเคยได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัด หรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่?

3.1 • อาการปวดไมเกรน (Headaches, Migraines) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Disorders) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• ความผิดปกติอื่น ๆ ของระบบประสาท (Any other Disease or Disorders of Neurological System) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• เจ็บหน้าอก โรคหัวใจ (Chest Pain/Heart Disease) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• ใจสั่น (Palpitations) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• หัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• ความผิดปกติของปอด หัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิต (Any Disorders of Lungs, Heart or Blood Circulation System) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• เส้นเลือดขอด (Varicose Veins) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• เบาหวาน (Diabetes) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
• โรคเลือด ฮอร์โมน หรือต่อมต่าง ๆ ของร่างกาย (Blood Disease, Hormonal or Glandular Disease) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ (ต่อ)

3.2 • ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ถุงลมโป่งพอง (Emphysema)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• หอบหืด (Asthma)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Bronchial Hyper responsiveness)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ (Respiratory Allergy)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ปัญหาด้านการหายใจอื่น ๆ โปรดระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
3.3 • โรควิต (Psychosis)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• โรควิตเวช (Psychiatric Disorders)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ (Stress, Anxiety, Insomnia)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• อารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ตื่นตระหนก (Panic Disorders)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ซึมเศร้า (Depression)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
3.4 • ชัก หรือลมบ้าหมู (Seizures or Epilepsy)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• เป็นลม หมดสติ (Fainting or Black-out Spells)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
3.5 • ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Problems)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• กรดไหลย้อน (GERD-Acid Reflux)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร (Stomach or Intestinal Ulcers, Gastrointestinal Bleeding)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ลำไส้แปรปรวน ลำไส้อักเสบ โรคถุงผนังของลำไส้ (IBS, Inflammatory Bowel diseases (IBD), Diverticular Disease)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ ไขมันพอกตับ (Pancreatitis, Hepatitis, Fatty Liver)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• โรคของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดี (Gallbladder Disease, Gallstones, Bile Duct Disease)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• โลหิตจาง (Anemia)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ไส้เลื่อน ริดสีดวง (Hernias, Hemorrhoid)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• แพ้อาหาร (Food Allergy)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ความผิดปกติอื่น ๆ ของกระเพาะอาหาร ตับ หรือลำไส้ (Other disorders of Stomach, Liver or Intestine Disorders)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
3.6 • ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก หรือ ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (Disorders of Prostate or Genitourinary Tract)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ความผิดปกติของไต ท่อไต (Disorders of Kidneys, Ureters)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• นิ่วที่ไต (Kidney Stones)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (Disorders of Bladder)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immune System Disease)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• เอชไอวี เอดส์ กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, AIDS, AIDS Related Complex)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
3.7 • ปวดคอ หลัง บ่า หรือ ไหล่ สะโพก เข่า ข้อเท้า (Neck, Back or Shoulder Pain, hip, Knee, Ankle)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• โรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เอ็น และเนื้อเยื่ออ่อน (Fibromyalgia)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• หมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท (Bulging or Herniated Discs)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
3.8 • โรคความผิดปกติ หรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ข้อต่อหรือกระดูก (Muscle, Joint or Bone Disease or Condition)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ข้อรูมาตอยด์ (Joint Pain, Arthritis)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Auto-Immune Disorders)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• กลุ่มหรืออาการความเสื่อมของร่างกาย (Any Degenerative Disorders or Diseases)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....
• โรคผิวหนังหรือความผิดปกติของผิวหนัง ภูมิแพ้ผิวหนัง ผื่น ลมพิษ ฝด ตุ่ม (Any Skin Condition, Atopic Dermatitis, Urticaria, Moles, Lumps, Rash)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ (ต่อ)

- 3.9 • อาการความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู จมูก โพรงไซนัส คอ ทอนซิล อดีนอยด์ (Disorders of the Eyes, Ears, Nose, Sinuses or Throat, Tonsil, Adenoid) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
- ต้อเนื้อ ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตา ตาบอดหรือสูญเสียการมองเห็น (Pterygium, Cataracts, Glaucoma, Retina Disorders, Blindness or Visual Loss) ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
- 3.10 • ท่านเคยเป็นมะเร็ง เนื้องอก ถุงน้ำ หรือเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย หรือบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง หรือเนื้องอก หรือไม่? ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

4. ภายในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การป่วย และการผ่าตัด หรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด วัน/เดือน/ปี ที่รักษา ชื่อสถานพยาบาล คำวินิจฉัยโรค ผลการรักษา และวันที่ติดตามการรักษาครั้งล่าสุด)

- ไม่เคย เคย

วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	ชื่อสถานพยาบาล	คำวินิจฉัยโรค	ผลรักษา	วันที่ติดตามการรักษาครั้งล่าสุด
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

5. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือไม่?

- ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

6. ภายในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะ หรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ)

- ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

7. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล)

- ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

8. ปัจจุบันท่านกำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่น ๆ) ที่ยังมีได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่?

- ไม่มี มี โปรดระบุ.....

9. ท่านสูบบุหรี่ ชิการ์ หรือบุหรี่หรือไม่?

- ในอดีต ไม่สูบ เคยสูบ วันละ..... มวน สูบเป็นเวลานาน..... ปี
- ปัจจุบัน ไม่สูบ เคยสูบ วันละ..... มวน สูบเป็นเวลานาน..... ปี

10. บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวายหรือมีเลือดอุดตันต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่?

- เคย/มี โปรดระบุบุคคลที่เป็น..... สาเหตุการป่วยหรือเสียชีวิต..... วันที่เข้ารับการปรึกษาหรือเสียชีวิต.....
- ไม่เคย/ไม่มี

11. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใด ๆ หรือไม่?

- ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....

12. กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเพศหญิง

12.1 ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่?

- ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุอายุครรภ์..... สัปดาห์

12.2 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม มดลูก รังไข่ ท่อรังไข่ ปากมดลูก ประจำเดือน ระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ หรือการคลอดบุตรรวมถึงภาวะแทรกซ้อน การแท้งบุตร หรือเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและ/หรือรักษาภาวะมีบุตรยากหรือไม่?

- ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุ.....

12.3 ท่านเคยคลอดบุตรมาก่อนหรือไม่?

- ไม่ใช่ ใช่ โดยวิธีผ่าคลอดทางหน้าท้อง โดยวิธีอื่น ๆ

13. โปรดเลือกแผนประกันภัยสำหรับ Health Me Plus

แผน 1 (1 ล้านบาท) แผน 2 (3 ล้านบาท) แผน 3 (5 ล้านบาท) แผน 4 (10 ล้านบาท)

ความเสียหายส่วนแรกที่ท่านต้องการ (Deductible)

ไม่ต้องการ 20,000 บาท 40,000 บาท 80,000 บาท (เฉพาะแผน 2-4)

โปรดเลือกแผนประกันภัยสำหรับเลือกซื้อเพิ่มเติมที่ท่านต้องการ

- การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ผู้ป่วยนอก) 1 ครั้งต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี
 แผน 1 แผน 2 แผน 3
- ผลประโยชน์ชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน อันเนื่องจากการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย (สูงสุดไม่เกิน 30 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)
 แผน 1 แผน 2 แผน 3
- โรคร้ายแรง
 แผน 1 แผน 2 แผน 3 แผน 4

เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท

คำรับรองของผู้เอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใด ๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทฯ ยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทฯ จะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเป็นการเฉพาะโรคนั้น ๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้งรับทราบและยินยอมตามคำรับรองที่ให้ไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรมหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิ์ทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันวินาศภัย หรือนายหน้าประกันวินาศภัยเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมที่ให้ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

.....
 ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย ต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

- ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่ยินยอม

.....
 ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ชื่อประกันสุขภาพให้กับ

- ตนเอง
- บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพไม่เกิน 15,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า จะต้องมียears ได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี) กรุณาระบุรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกัน: ชื่อ/นามสกุล.....
- บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม* ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. วันที่..... เดือน..... พ.ศ. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี

- การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865