



มหาวิทยาลัยทักษิณ

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิตจำกัด (มหาชน)

ลำดับเบ็กที่...../.....

หน้า.....เลขที่(ID).....

ใบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ

วัน.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ-สกุล.....รหัสนิติ.....โทร.....

คณะ	☐ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	☐ 1	กรรมกรรมเลขที่
	☐ นิติศาสตร์	☐ 2	☐ นิติ.....
	☐ ศึกษาศาสตร์	☐ 3	☐ บุคลากร.....
	☐ ศิลปกรรมศาสตร์	☐ 4	☐ บุคลากร สวัสดิการ.....
	☐ เศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ	☐ ปริญญาโท	☐ นิติศาสตร์
	☐ วิทยาลัยการจัดการเพื่อการพัฒนา	☐ ปริญญาเอก	☐
		☐ บุคลากร	☐
		☐ อายุ.....ปี	☐

1. รายละเอียดการประสบอุบัติเหตุ			
1.1 วันที่ประสบอุบัติเหตุ		1.1 วันที่.....เวลา.....น.	
1.2 สถานที่เกิดอุบัติเหตุ		1.2	
1.3 อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร		1.3	
1.4 ขณะนั้นกำลังทำอะไรอยู่		1.4	
1.5 ลักษณะการบาดเจ็บ และส่วนของร่างกายได้รับบาดเจ็บอย่างไร		1.5	
2. ชื่อนายแพทย์ สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล		2	
ที่ทำการตรวจ หรือรักษา		3	
3. การบาดเจ็บครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ หรือได้เรียกร้องค่าทดแทนจากบริษัทอื่นใดหรือไม่(ถ้ามีโปรดแจ้ง)			
4. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ดังต่อไปนี้			
4.1 ค่ารักษาพยาบาล	จำนวน	4.7 อื่น ๆ.....	จำนวน.....บาท
4.2 ค่าชดเชยบัตรทอง	จำนวน	4.8 แนบใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)	จำนวน.....ฉบับ
4.3 เงินชดเชยการใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาจาก พรบ.	จำนวน	4.9 จำนวนเงินตามใบเสร็จรวม	จำนวน.....บาท
4.4 ค่าสูญเสียอวัยวะ	จำนวน	4.10 แนบใบรับรองแพทย์	จำนวน.....ฉบับ
4.5 ทุพพลภาพ	จำนวน	4.11	จำนวน.....บาท
4.6 เสียชีวิต	จำนวน		รวมเงิน จำนวน.....บาท
			(.....)
5. ค่าสินไหมทดแทนโปรดส่งจ่ายในนามในนาม สหกรณ์ออมทรัพย์ มศว.จำกัด			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์

ลงชื่อ.....พยาน



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนวิทยุ แขวงสามยุคใหม่ กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Ratchawithayalai Rd. Triumphant, Bangkok 10310
ทะเบียนเลขที่: 0107555000406
☎ +66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1025 ☎ +66 (0) 2276 1997 8
muangthai.co.th

MTL Click

รวมทุกบริการให้เป็นเรื่องง่าย
สำหรับคุณ

- ✓ ยื่นเคลมออนไลน์ได้ทันที
- ✓ ติดตามผลการเคลม
- ✓ ดูแลประโยชน์ความคุ้มครอง

Scan QR Code
เพื่อดาวน์โหลด MTL Click



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

ส่วนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยกรอก ส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอก ส่วนที่ 2 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล

มีความประสงค์เรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม จาก บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณา ดังนี้

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท):		วันที่:	
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่:	เลขบัตรประกันสุขภาพ: G-A - -E - -		
ชื่อ-สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย:	อายุ:	ปี	เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน:			
หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ:		อีเมล:	
ประเภทการรักษา: ☐ แบบผู้ป่วยใน (IPD): เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันที่.....ถึงวันที่..... ☐ แบบผู้ป่วยนอก (OPD) ☐ ทันตกรรม (Dental) วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา..... ☐ อื่นๆ ระบุ..... วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา.....			
สาเหตุ: ☐ เจ็บป่วย ☐ อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. ☐ มี แรงจูงใจที่ ☐ ไม่มี เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....			
มีสิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น: ☐ มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... ☐ ไม่มี			
ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ ผู้บาดเจ็บ/ ผู้เจ็บป่วยเปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตัวเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาใบหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ			
ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าและ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของ บริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล ผู้ถือกรมธรรม์ประกันกลุ่ม สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่บังคับใช้ กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแลพันธมิตรธุรกิจของบริษัทฯ มูลนิธิ และผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทฯ ประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประกันภัย การขอเอาประกันภัยในอนาคต และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ ผู้เอาประกันภัย ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหาร จัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้ง แล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น			
ลงชื่อ..... () ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ลงชื่อ..... () พยาน	ลงชื่อ..... () พยาน	
*ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์..... ()			 สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด นโยบายความเป็นส่วนตัว
หมายเหตุ 1.กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน *2.กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ *3.กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์			



มหาวิทยาลัยทักษิณ

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิตจำกัด (มหาชน)

(ตัวอย่าง)

ลำดับเบ็กที่...../.....

หน้า.....เลขที่(ID).....

ใบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ

ชื่อ-สกุล นางสาว ใจดี ดอด วัน 29 เดือน 11 ปี พ.ศ. 2561
 รหัสนิติ 631011034 โทร. 0910485263

- คณะ ☐ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
☐ นิติศาสตร์
☐ ศึกษาศาสตร์
☐ ศิลปกรรมศาสตร์
☒ เศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ
☐ วิทยาลัยการจัดการเพื่อการพัฒนา

- ☐ 1
☒ 2
☐ 3
☐ 4
☐ ประโยชน์
☐ ประโยชน์
☐ บุคลากร
☒ อายุ 19 ปี

- กรมธรรม์เลขที่
☐ นิติศาสตร์
☐ บุคลากร
☐ บุคลากร สวัสดิการ
☐ นิติศาสตร์
☐
☐
☐

1. รายละเอียดการประสบอุบัติเหตุ

- 1.1 วันที่ประสบอุบัติเหตุ
 1.2 สถานที่เกิดอุบัติเหตุ
 1.3 อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร

- 1.1 วันที่ 25 กค. 61 เวลา 16.00 น.
 1.2 ถนนพหลโยธิน แขวง บางนา เขต บางนา
 1.3 รถจักรยานยนต์ชนรถบรรทุก

- 1.4 ขณะนั้นกำลังทำอะไรอยู่
 1.5 ลักษณะการบาดเจ็บ และส่วนใดของร่างกาย
 ได้รับบาดเจ็บอย่างไร

- 1.4 ขับรถจักรยานยนต์
 1.5 แขนขวา (เข่าขวา)

2. ชื่อนายแพทย์ สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล
ที่ทำการตรวจ หรือรักษา

- 2 นายแพทย์สมชาย รุ่งเรือง ร.พ. สงขลา
0.1800 จ. สงขลา

3. การบาดเจ็บครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ หรือได้เรียกร้อง
ค่าทดแทนจากบริษัทอื่นใดหรือไม่(ถ้ามีโปรดแจ้ง)

- 3 -

4. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ดังต่อไปนี้

- 4.1 ค่ารักษาพยาบาล จำนวน 860 บาท
 4.2 ค่าชดเชยบัตรทอง จำนวน - บาท
 4.3 เงินชดเชยการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาจาก พรบ. จำนวน - บาท
 4.4 ค่าสูญเสียอวัยวะ จำนวน - บาท
 4.5 ทุพพลภาพ จำนวน - บาท
 4.6 เสียชีวิต จำนวน - บาท

- 4.7 อื่น ๆ..... จำนวน.....บาท
 4.8 แบนใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
 4.9 จำนวนเงินตามใบเสร็จรวม จำนวน 860 บาท
 4.10 แบนใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ฉบับ
 4.11 จำนวน 860 บาท

รวมเงิน จำนวน 860 บาท
(แนบเอกสารหลักฐานทั้งหมด)

5. ค่าสินไหมทดแทนโปรดส่งจ่ายในนามในนาม สหกรณ์ออมทรัพย์ มทว.จำกัด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ใจดี ดอด

ลงชื่อ.....พยาน

ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

ที่จอดรถ

ส่วนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์โดยสมาชิกผู้เข้าประกันภัยกรอก ส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอก ส่วนที่ 2 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล

มีความประสงค์เรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม จาก บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้

ผู้ถือกรรมสิทธิ์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท): <u>มหาวิทยาลัยทักษิณ</u>		วันที่: <u>29 ก.ค. 64</u>	
กรรมสิทธิ์ประกันกลุ่มเลขที่:		เลขบัตรประกันสุขภาพ: G-A ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ - E ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐	
ชื่อ-สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย: <u>นางสาว โสดี สัตต์</u>		อายุ: <u>19</u> ปี	เพศ: ☐ ชาย ☒ หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน: <u>100 หมู่ 4 ต.นาหว้า อ.เมือง จ.สงขลา 90000 (ชุมชนประเวศ)</u>			
หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ: <u>0912345678</u>		อีเมล: <u>Yaiddee@tsu.ac.th</u>	
ประเภทการรักษา: ☒ แบบผู้ป่วยใน (IPD): เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันที่ <u>25 ก.ค. 64</u> ถึงวันที่ <u>27 ก.ค. 64</u> ☐ แบบผู้ป่วยนอก (OPD) ☐ ทันตกรรม (Dental) วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา: ☐ อื่นๆ ระบุ..... วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา:			
สาเหตุ: ☐ เจ็บป่วย ☒ อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ <u>25 ก.ค. 64</u> เวลา <u>16.00</u> น. ☐ มีแรงความถี่ ☒ ไม่มี เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น <u>ฝนตกถนนลื่น</u>			
มีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น: ☐ มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... ☒ ไม่มี			
ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วยเปิดเผยประวัติการรักษาหรือตรวจสุขภาพหรือผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัท เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตัวเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ			
ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ☒ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าและ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่ได้อำนาจไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของ บริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล ผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันกลุ่ม สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่บังคับใช้ กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแลพันธมิตรธุรกิจของบริษัทฯ มูลนิธิ และผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทฯ ประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย การขอเอาประกันภัยในอนาคต และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ ผู้เอาประกันภัย			
ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหาร จัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของ บริษัทฯ ที่ www.muangthai.co.th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้ง แล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน			
ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น			
ลงชื่อ..... (<u>นางสาว โสดี สัตต์</u>)		ลงชื่อ..... ()	ลงชื่อ..... ()
ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม		พยาน	พยาน
*ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์..... ()			
หมายเหตุ 1.กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน *2.กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนหรือมอบอำนาจสิทธิ์ *3.กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์หรือมอบอำนาจสิทธิ์		สถานที่เพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว	