



**คำแถลงของผู้ขอเอาประกันภัย เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์/Declaration of Insurance Applicant on Alcohol Consumption**

เลขที่การพิจารณา/Case No.....

วันที่/Date.....

ตามที่ข้าพเจ้า..... ได้ให้ถ้อยแถลงไว้ในเอกสารการขอเอาประกันภัย  
กับบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ นั้น ข้าพเจ้าขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

As I,....., have declared in the document submitted for  
life insurance application with Muang Thai Life Assurance Public Company Limited about my alcohol consumption, I hereby would like to  
provide additional details as follows.

1. ระบุชนิด แอลกอฮอล์ที่ดื่ม/Please specify type of alcohol consumption.  
 เบียร์/Beer     ไวน์/Wine     เหล้า/Spirit     วิสกี้/Whisky     อื่นๆ/Others.....
2. ระบุปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง/Please specify the amount of alcohol consumption per time.....แก้ว/ขวด/glasses/bottles
3. ระบุความถี่ในการดื่ม/Please specify the frequency of alcohol consumption.....ครั้ง/สัปดาห์/เดือน/time/week/month
4. ดื่มมานาน/How long have you been drinking?.....ปี/years
5. ถ้าเลิกดื่ม โปรดระบุระยะเวลา/If you had already quit drinking, specify the period.....ปี/years
6. สาเหตุที่เลิกดื่ม/Cause of stop drinking.....
7. เคยรับการรักษาอาการ หรือโรคที่เกิดจากพิษสุราหรือไม่/Have you ever been treated for any condition or disease caused by alcoholism?  
 ไม่เคย/No     เคย/Yes ถ้าเคยโปรด ระบุชื่อสถานพยาบาล และวัน/เดือน/ปี ที่รักษา/If yes, please specify name of health care  
 provider and date/month/year of such treatment.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย  
ข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย  
หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I hereby certify that the above declaration is true in all respects and I hereby authorize the Company to keep, use and disclose  
health-related fact and my information to insurance company(s) or reinsurance company(s) or legal agency(s) or medical personnel in order  
for insurance application or policy benefit payment or medical benefit.

ลงชื่อ/Sign..... ผู้ขอเอาประกันภัย  
(.....) Insurance applicant

ลงชื่อ/Sign..... พยาน/Witness  
(.....)

ลงชื่อ/Sign..... พยาน/Witness\*  
(.....)

ลงชื่อ/Sign..... บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย/Father/Mother/Legal guardian\*\*  
(.....)

\*กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อจะต้องมีพยานลงนามให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

In case the insurance applicant gives a thumb print, signatures of 2 witnesses are required.

\*\*กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องมีบิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามทุกครั้ง

In case of a minor applicant, signature of father/mother/legal guardian is required.



2-02-05-0439