

แบบเลือกแผนประกันชีวิตและประกันสุขภาพกลุ่ม
Group Life & Health Insurance Plan Selection Form

บริษัท (Company)	ตำแหน่ง (Position)	รหัสพนักงาน (Employee ID)
---------------------	-----------------------	------------------------------

ส่วนของพนักงาน		
ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว) Full Name (Mr./ Mrs./ Ms.)		
วัน/เดือน/ปี ค.ศ.เกิด (Date of Birth) (dd/mm/yyyy)	เพศ (Gender) <input type="checkbox"/> ชาย (Male) <input type="checkbox"/> หญิง (Female)	
<input type="checkbox"/> เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID Card)	<input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่ (Passport number)	
โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone)		
สถานภาพสมรส (Marital)	โสด (Single) <input type="checkbox"/>	หย่า (Divorced) <input type="checkbox"/>
	สมรส (Married) <input type="checkbox"/>	หม้าย (Widowed) <input type="checkbox"/>
	จดทะเบียน (Registered)	ไม่จดทะเบียน (Not registered)
ข้าพเจ้าขอเลือกประกันชีวิตและประกันสุขภาพกลุ่ม I'd like to choose insurance plan		
Standard 1 <input type="checkbox"/> (สำหรับพนักงาน, คู่สมรส, บุตร)		Standard 2 <input type="checkbox"/> (สำหรับพนักงานเท่านั้น)

รายละเอียดของคู่สมรสที่จดทะเบียนและบุตรที่ขอบด้วยกฎหมาย

ส่วนของคู่สมรส	
ชื่อ-นามสกุลของคู่สมรส (Spouse) (นาย/นาง/นางสาว) Full Name (Mr./ Mrs./ Ms.)	
วัน/เดือน/ปี ค.ศ.เกิด (Date of Birth) (dd/mm/yyyy)	อายุ (Age) ปี

ส่วนของบุตร		
จำนวนบุตร (Number of children)	คน	
1. ชื่อ-นามสกุลบุตร (Child)	วัน/เดือน/ปี ค.ศ.เกิด (Date of Birth)	อายุ (Age) ปี
2. ชื่อ-นามสกุลบุตร (Child)	วัน/เดือน/ปี ค.ศ.เกิด (Date of Birth)	อายุ (Age) ปี
3. ชื่อ-นามสกุลบุตร (Child)	วัน/เดือน/ปี ค.ศ.เกิด (Date of Birth)	อายุ (Age) ปี
4. ชื่อ-นามสกุลบุตร (Child)	วัน/เดือน/ปี ค.ศ.เกิด (Date of Birth)	อายุ (Age) ปี
5. ชื่อ-นามสกุลบุตร (Child)	วัน/เดือน/ปี ค.ศ.เกิด (Date of Birth)	อายุ (Age) ปี

รับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ (ลงชื่อพนักงาน) ลงวันที่ (Date)	ส่วนของ HR จำนวนสมาชิกในครอบครัว(รวมพนักงาน) คน
---	--

แผนความคุ้มครองประกันชีวิตกลุ่มและประกันอุบัติเหตุกลุ่ม

ลำดับ

			สำหรับพนักงาน	สำหรับพนักงาน
			คู่สมรสและบุตร	เท่านั้น
			Standard 1	Standard 2
การประกันชีวิตกลุ่ม				
1	คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณีตลอด 24 ชม. ทั่วโลก	พนักงาน	2,400,000	700,000
	ยกเว้น การฆ่าตัวตายในปีแรกของกรมธรรม์และ การถูกฆาตกรรมโดยผู้รับประโยชน์	คู่สมรส/บุตร	100,000	
2	การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุธรรมดา (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม)	พนักงาน	2,400,000	700,000
		คู่สมรส/บุตร	250,000	
3	คุ้มครองการทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย โดยจะจ่ายค่าชดเชยร้อยละ 50 ของจำนวนเงินเอาประกันภัยภายใน 6 เดือนแรกนับแต่วันที่พิสูจน์ถึงการทุพพลภาพและจะได้รับเงินชดเชยอีกร้อยละ 50 ของจำนวนเงินเอาประกันภัยเมื่อครบ 12 เดือน หากการทุพพลภาพนั้นยังเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง	พนักงาน	2,400,000	700,000
	*ครอบคลุมเฉพาะพนักงาน	คู่สมรส/บุตร		
	- การประกันอุบัติเหตุเดินทางโดยเครื่องบิน : รวมอยู่ในประกันชีวิตและอุบัติเหตุ			
4	การประกันสุขภาพกลุ่มพลัส			
4.1	การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (IPD)			
	ก. ค่าห้องและค่าอาหาร ต่อวัน	พนักงาน	2,000	2,500
	(สูงสุดไม่เกิน 90 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	คู่สมรส/บุตร	2,000	
	ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) (สูงสุดไม่เกิน 21 วัน เมื่อรวมกับผลประโยชน์ค่าห้อง ค่าอาหารประจำวันในช่วงต้นแล้วไม่เกิน 90 วัน)	พนักงาน	4,000	5,000
		คู่สมรส/บุตร	4,000	
	ข. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาล	พนักงาน	30,000	39,000
	ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง	คู่สมรส/บุตร	30,000	
	รวมถึง การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก สำหรับการรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน หลังจากออกจาก - ค่ารถพยาบาลฉุกเฉิน สำหรับการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง (รวมในข้อ ข.)	พนักงาน	2,000	2,500
		คู่สมรส/บุตร	2,000	
	ค. ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัดและหัตถการ ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง	พนักงาน	30,000	39,000
	(สูงสุดต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	คู่สมรส/บุตร	30,000	
	ง. ค่าแพทย์ตรวจรักษาในโรงพยาบาลประจำวันต่อวัน	พนักงาน	900	1,250
	(สูงสุดไม่เกิน 90 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)	คู่สมรส/บุตร	900	
	จ. ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินขณะเป็นผู้ป่วยนอก	พนักงาน	3,000	7,800
	ต่อการบาดเจ็บแต่ละครั้ง สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงนับจากเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ รวมถึงค่า	คู่สมรส/บุตร	3,000	
	รักษาพยาบาลสืบเนื่องจากอุบัติเหตุครั้งเดียวกันภายใน 31 วัน (จ่ายรวมกับข้อ ข.)			
	ฉ. ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค	พนักงาน	3,000	5,200
	ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง (นำไปรวมกับข้อ ข. หรือ ค. แล้วแต่กรณี)	คู่สมรส/บุตร	3,000	
4.2	การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ครั้งละ	พนักงาน	2,000	2,500
	(วันละ 1 ครั้ง สูงสุด 30 ครั้งต่อปีกรมธรรม์) ขยายความคุ้มครอง ภายภาพบาดเจ็บ	คู่สมรส/บุตร	1,200	
4.3	การรักษาพยาบาลทันตกรรม			
	คุ้มครองการตรวจฟัน เอ็กซเรย์ฟันและตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการ	พนักงาน	2,000	5,000
	อุดฟัน ถอนฟัน (รวมผ่าฟันคุด) ขูดหินปูน รักษาโรคเหงือกอักเสบและรักษารากฟัน	คู่สมรส/บุตร	2,000	
	- สูงสุดต่อปีกรมธรรม์			

คุณสมบัติสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมแผนความคุ้มครอง

1. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 15-65 ปี และต้องสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่เต็มเวลาอย่างแท้จริง ไม่อยู่ระหว่างการพักรักษาตัวจากเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ และต้องมิใช่สภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ
2. คู่สมรสและบุตรสามารถเข้าร่วมแผนประกันเดียวกันพนักงาน ทั้งนี้คู่สมรสต้องมีอายุตั้งแต่ 15-65 ปีบริบูรณ์ บุตรอายุตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 20 ปีบริบูรณ์
3. การประกันชีวิตและประกันสุขภาพวางแผน ต้องตรวจสอบสุขภาพตามบริษัทเมืองไทยกำหนดและผ่านการพิจารณาประกัน
4. ต้องเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ตามพ.บ.ประกันสังคม



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

เลขทะเบียนพาณิชย์
250 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL.
250 Rachadaphisek Rd. Huaykwang, Bangkok 10310
โทรศัพท์: 0107555000-25
☎ +66 (0) 2274 8400, +66 (0) 2276 1025 ☎ +66 (0) 2276 1597-8
muangthai.co.th

คำเตือน

ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

Warning

From the Office of Insurance
Commission

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกัน
ชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

In pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated to disclose all statements
truthfully. Concealment of any fact or knowingly making any false statement could be a ground for the insurance company
to deny contractual claim.

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ Group Insurance Member Application Form without Detailed Health Questions

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชัดฆ่า ขูดลบ ต้องลงลายมือชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Applicant must validate all amendments and deletions with signature.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน/บริษัท):

Policyholder Name (Company Name)

ชื่อ-นามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย: (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

Applicant's Full Name (Mr./Mrs./Ms./Master/Miss)

วัน/เดือน/ปี เกิด:

Date of Birth (dd/mm/yyyy)

อายุ:

Age

น้ำหนัก:

Weight

ส่วนสูง:

Height

เพศ:

☐

ชาย Male

สัญชาติ:

Nationality:

สถานภาพการสมรส:

Marital Status

☐

โสด Single

☐

สมรส Married

☐

หม้าย Widowed

☐

หย่า Divorced

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ☐ หนังสือเดินทางเลขที่..... ☐ อื่นๆ.....

Identification Card No.

Passport No.

Other

ออกให้ ณ Issued at.....

ที่อยู่ของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

The address of the insured:

ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

House Registration Address

Village/Building

Moo

Soi

Road

แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

Sub District/Tumbol

District/Ampur

Province

Postal Code

ข. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

Present Address

Village/Building

Moo

Soi

Road

แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

Sub District/Tumbol

District/Ampur

Province

Postal Code

โทรศัพท์บ้าน:

Home Phone:

โทรศัพท์มือถือ:

Mobile Phone:

อาชีพ:

Occupation

ตำแหน่ง:

Position

ฝ่าย:

Department

☐ เป็นสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์ วันที่เริ่มงาน.....

Be a member/employee of policyholder

Date of Employment

☐ เป็นคู่สมรส หรือ ☐ บุตร ของ (ชื่อ)..... ซึ่งเป็น สมาชิก/พนักงานของผู้ถือกรมธรรม์

Be spouse or child of (Name)

who is a member/employee of policyholder

ผู้รับประโยชน์ : (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

Beneficiary: (If the allocation for each beneficiary is not specified, the Company assumes that all allocations are in equal proportion)

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์

Beneficiary's Full Name

ความสัมพันธ์

Relationship

ที่อยู่

Address

ร้อยละของผลประโยชน์

% of Benefit

คำแนะนำ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการพิจารณาประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต
กับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

(Note: For prompt underwriting, please identify the beneficiaries who have a relationship as parents, spouse, children of relatives who have a blood
relationship with the applicant.)

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจและการให้ความยินยอม

Statement, authorization, and consent

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
I hereby confirm that every answer I have given in this Group Insurance Member Application Form and every declaration given to the attending physician are true and correct in all respects. I understand that if I did not declare truthful information, the Company may decline the application and contractual claim.
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ
I hereby give my consent to other physician or insurance company or hospital or clinic that has my medical history or will have in the future, to disclose information pertaining to my health to Muang Thai Life Assurance PCL. or its representatives for the purpose of the Company's underwriting decision-making or contractual claim payment. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
I hereby give my consent to Muang Thai Life Assurance PCL. to collect, use, and disclose information pertaining to my health and my other information to other insurance company or reinsurance company or legal authority or medical profession personnel for the purpose of the Company's underwriting decision-making or contractual claim payment or medical use.
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
I consent for the Company to store, apply, or disclose fact relating to health and my personal information to the Office of Insurance Commission for the benefit of an insurance supervision.

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

Before signing this application form, please check the answers once again to ensure the completeness of insurance contract.

เขียนที่ Written at.....วันที่ Date.....เดือน Month.....พ.ศ. B.E.....

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
พยาน/ตัวแทน Witness/Agent

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย Insurance Applicant

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
พยาน/ตัวแทน Witness/Agent

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ Consent Grantor as Insurance Applicant's

- ☐ บิดา/มารดา Parents
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย Guardian
(กรณีสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
(In case the insurance applicant is a minor)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท/For Office Use Only

การตรวจสอบและพิจารณา Investigation and Consideration	การอนุมัติรับประกัน Approval	บันทึกการแก้ไขเปลี่ยนแปลง Correction
กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่/Group Insurance Policy Number..... วันเริ่มมีผลบังคับของผู้เอาประกันภัย/Policy Effective Date..... ใบรับรองเลขที่/Certificate No..... ออกเมื่อ/Issued On.....		จำนวนเงินเอาประกันชีวิต/GL Benefit.....บาท/BHT จำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ/AD&D Benefit.....บาท/BHT จำนวนเงินเอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/TPI Benefit.....บาท/BHT ประกันสุขภาพแผน/GHS Plan.....