

# 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

## ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (แบบพิเศษ) “PA TRUST” สำหรับการขายที่ไม่ได้ขายผ่านทางโทรศัพท์ (Non-Telemarketing)

FM-APP-06-138

แผนประกันภัย “PA TRUST”

☐ แผน 1☐ แผน 2☐ แผน 3

เบี้ยประกันภัย.....บาท

ระยะเวลาเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ..... เพศ..... สัญชาติ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี (ต้องมีอายุระหว่าง 16-65 ปี)

☐ บัตรประชาชนเลขที่..... ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่..... ☐ ใบอนุญาตทำงาน เลขที่.....

อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ.....บาท

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับติดต่อ/ส่งเอกสาร: ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ที่อยู่ทำงาน บริษัท/ห้าง/ร้าน: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

2. ผู้รับประโยชน์: ☐ ทายาทตามกฎหมาย ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) 1. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....

2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....

3. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท กรณีมีมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุจำนวนบริษัท.....

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทุกบริษัท.....บาท

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการเอาประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

5. ในการประกอบอาชีพท่านต้องขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ประจำหรือไม่?

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

6. ท่านดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

7. ท่านเคยติดยาหรือเสพสารเสพติดให้โทษหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคยติด ถ้าเคยโปรดระบุ.....

8. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวใน โรงพยาบาลหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา..... แพทย์/โรงพยาบาล หรือสถานรักษา.....

ปัจจุบันยังมีการรักษาอยู่หรือไม่?

☐ ไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ.....

9. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ.....

## 10. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

- โรคลมชัก
- โรคเบาหวาน
- โรคเอดส์/โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- โรคประสาทหูผิดปกติ
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคหัวใจ
- โรคสายตาสั้น/ต้อกระจก (ยกเว้นสายตาสั้น ยาว เอียง)
- โรคอื่น ๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น
- โรคเมะเร็ง
- โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ
- โรคความดันโลหิตสูง

☐ ไม่ ☐ เคย โปรดระบุ .....

## ข้อประกันภัยให้กับ

- ☐ ตนเอง
- ☐ บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันภัยไม่เกิน 15,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันภัยสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า จะต้องมียาได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี)
- กรณารับรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**
- ชื่อ/นามสกุล.....
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง โรคภัยเรื้อรัง ไม่เป็นผู้วิกลจริต ไม่มีอาการหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด และขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้ารับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับประกันภัยตามแผนความคุ้มครองที่ข้าพเจ้าได้เลือกไว้ และตกลงขอเอาประกันภัยภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับประกันภัยดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

**ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?**

- ☐ ยินยอมให้บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่ยินยอม

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

**ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่?**

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

**ข้อความยืนยันถ้อยแถลงสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว**

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความเป็นอยู่ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันวินาศภัย หรือนายหน้าประกันวินาศภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมที่ให้ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

.....  
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม\*  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

.....  
ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

\*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865