

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 กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรคพลัส “ผู้หญิง ยิ้มได้”

FM-APP-06-181

1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้เอาประกันภัย 16-65 ปี (ต่ออายุถึง 65 ปี)

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

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. ผู้รับผลประโยชน์ 1. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย..... โทรศัพท์.....
2. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย..... โทรศัพท์.....3. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง ☐ แผน 1 ☐ แผน 2 ☐ แผน 3 เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.
ความคุ้มครองเริ่ม ณ วันที่ชำระเบี้ยประกันภัย หลังจากผ่านการพิจารณารับประกันภัยแล้ว

5. ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

5.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยชดเชยรายได้ไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี/ไม่เคย ☐ มี/เคย (โปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันภัยสุขภาพ หรือการขอเอาประกันภัยชดเชยรายได้ หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่มี/ไม่เคย ☐ มี/เคย (โปรดระบุรายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

5.3 ท่านเป็น หรือเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือขณะนี้รับการรักษาอยู่ หรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่?

ได้แก่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมเรียมทุกชนิด เนื้องอก (รวมถึงโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ โรคถุงน้ำในรังไข่ หรือซิสต์รังไข่ โรคเนื้องอกมดลูก และโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบบี, C โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคปอดอักเสบ หรือโรคถุงลมโป่งพอง หรือมีความพิการหรือผิดปกติทางร่างกาย มีความผิดปกติทางจิต หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคร้ายแรงเรื้อรังหรือไม่?

☐ ไม่เป็น/ไม่เคย ☐ เป็น/เคย โปรดระบุ.....

5.4 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยหรือกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือได้รับการแนะนำให้ผ่าตัดแต่ยังไม่ได้กระทำ หรือตรวจพบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจคลื่นหัวใจหรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่?

☐ ไม่เป็น/ไม่เคย ☐ เป็น/เคย โปรดระบุ.....

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....☐ ไม่มีความประสงค์

.....
ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

- ☐ **มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ **ไม่มีความประสงค์**

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

ข้อความยินยอมย่นย่อแสดงสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว

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

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมที่ให้ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ณ วันที่ขอเอาประกันภัย ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายพิการ

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า รายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ บอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทฯ สามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

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

การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้..... โบราณฤตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865