

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) “ประกันอุบัติเหตุ เด็กไทยวัยชน” สำหรับการขายที่ไม่ได้ขายผ่านทางโทรศัพท์ (Non-Telemarketing)

Application form for Personal Accident Insurance “Muang Thai Dekthaiwaison” For selling through Non-Telemarketing channel

FM-APP-06-183

แผนประกันภัยที่เลือก Selected Plan	<input type="checkbox"/> แผน 1 Plan 1	<input type="checkbox"/> แผน 2 Plan 2	เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท Total Premium Baht
---------------------------------------	--	--	--

ระยะเวลาเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น. Period of insurance required: From at Hours To at Hours

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ..... เพศ..... สัญชาติ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี (ต้องมีอายุระหว่าง 1 เดือน-15 ปี) The Applicant: Name Sex Nationality Date of Birth Age Years (must be 1 month to 15 years old)	<input type="checkbox"/> บัตรประชาชนเลขที่..... Identity Card No.	<input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่..... Passport No.
<input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานเลขที่..... Work Permit No.	อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ.....บาท Occupation Position Job Description Salary/Wage (Baht per Year)	
น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร Weight Kilogram Height Centimeter		
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... Address on ID Card: Address Village Moo Soi Street	แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... Sub District District Province Post Code	
ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับติดต่อ/ส่งเอกสาร: <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน Current Address: Same as Address on ID Card	เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... Address Village Moo Soi Street	
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... Sub District District Province Post Code		
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล..... Home Phone No. Office Phone No. Mobile Phone No. e-Mail Address		

2. ผู้รับประโยชน์: <input type="checkbox"/> ทายาทตามกฎหมาย <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) Beneficiary: Statutory Other (Please Specify)	1. ชื่อ..... ความสัมพันธ์..... Name Relationship
	2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์..... Name Relationship

3. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ประกันภัยชดเชยรายได้ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่? Do you have or have proposed for personal accident insurance or Hospital illness/accident benefit insurance or Life insurance with the company or any other company?
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งชื่อบริษัท..... No Yes If yes, Please state: Company
จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท กรณีมีมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุจำนวนบริษัท..... Suminsure Baht If more than 1 company please state
จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทุกบริษัท..... บาท Suminsure Baht

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ประกันภัยชดเชยรายได้ หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการเอาประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? Have you ever been denied from insurance company to provide coverage on a life insurance, or hospital illness/accident benefit insurance or personal accident insurance or been denied to renew any aforementioned insurances or been charged additional premium for these insurances?
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท..... No Yes Please specify The insurance company named

5. ในการประกอบอาชีพท่านต้องขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ประจำหรือไม่? Do you have to drive or passenger on motorcycle in your occupation?
<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ No Sometime Regularly

6. ท่านดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?

Do you take any drug, narcotic, liquor or alcohol or not?

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
No Sometime Regularly

7. ท่านเคยติดยาหรือเสพติดให้โทษหรือไม่?

Have you ever been addicted to drugs or harmful substances?

☐ ไม่เคย ☐ เคยติด ถ้าเคยโปรดระบุ.....
No Yes Please Clarify

8. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหรือไม่?

In the past five years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized?

☐ ไม่เคย ☐ เคย ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา..... แพทย์/โรงพยาบาล หรือสถานรักษา.....
No Yes Please specify Nature of Injury Result of Treatment Physician/Hospital or Polyclinic

ปัจจุบันยังมีการรักษาต่อเนื่องอยู่หรือไม่?

Are you currently taking any medication or undergoing any treatment?

☐ ไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ.....
No Yes Please Specify

9. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?

Do you have any deformed organ?

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
No Yes Please Clarify

10. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

Have you been or cured disease as follow?

- | | | |
|--|--|---|
| • โรคลมชัก
Epilepsy | • โรคหลอดเลือดสมอง
Cerebrovascular Disease | • โรคมะเร็ง
Cancer |
| • โรคเบาหวาน
Diabetes Mellitus | • โรคหัวใจ
Heart Disease | • โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ
Musculoskeletal |
| • โรคเอดส์/โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
AIDS or HIV Positive | • โรคสายตาสั้น (ยกเว้นสายตาสั้น ยาว เอียง)
Defect Eyesigh (Except Shoet, Long, Astigmatism) | • โรคความดันโลหิตสูง
Hypertension |
| • โรคประสาทหูผิดปกติ
Ear Neurotic Disorders | • โรคอื่น ๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น
Other diseases or congenital or chronic diseases those mentioned above | |

☐ ไม่ ☐ เคย โปรดระบุ
No Yes Please Clarify

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง โรคร้ายแรง ไม่มีอาการหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด และขอรับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

I hereby certify that I am in good health not have any part with disabilities and do not have chronic congenital disease, serious disease, or are not insane. There are no symptoms or diseases associated with the mental state, alcoholism and is not a drug addict and certifies that The statements listed above are true and to be considered as part of the insurance contract between me and the Muang Thai Insurance Public Company Limited.

ข้าพเจ้ารับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับประกันภัยตามแผนความคุ้มครองที่ข้าพเจ้าได้เลือกไว้ และตกลงขอเอาประกันภัยภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขการประกันภัยดังกล่าว I am aware of the terms and conditions of the insurance under the coverage plan that I have chosen and agree to apply for insurance under the terms and conditions of this insurance.

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

The company has right to examine the Insured's medical records and diagnosis records necessarily for insurance policy and also has right to access or examine autopsy as necessary and not be contrary to law. The company will be responsible for all expenses.

In case the Insured refuses the company to examine the Insured's medical records and diagnosis records for considering claim payment. The company may deny the Insured's coverage of insurance policy.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I hereby allow the Company to collect, use and disclose my personal and health information to the Office of Insurance Commission for monitoring non-life insurance business.

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

The applicant allows the insurer to send and reveal my personal data to the Revenue Department in order to file for income tax deduction as an insurance premium payer according to the Tax law.

☐ ยินยอมให้บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department .Data format and process flow are in accordance with the requirement imposed by the Revenue department. Please give your taxpayer

เลขที่.....
ID Number

☐ ไม่ยินยอม
No

.....
ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
Signature of Main Applicant

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่?

Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร
Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department .Data format and process flow are in accordance with the requirement imposed by the Revenue department. Please give your taxpayer

เลขที่.....
ID Number

- ☐ ไม่มีความประสงค์
No

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
Signature of Premium Payer

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
I/We warrant that above Statements are true and correct and agree that this Proposal shall be the basis of the Contract between me/us and the Company.

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant's Signature
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
DD/MM/YY

.....
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม*
Legal Representative's Signature*
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
DD/MM/YY

.....
ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent/Agent Code
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
DD/MM/YY

*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 15 ปี / In case of Applicant under 15 years old

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder from the office of Insurance Commission (OIC)

Please answer all questions truthfully otherwise the company may have causes to deny liability under the policy per section 865 of the civil & Commercial Code