

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) “เมืองไทย พี เอ ยัวร์ แฮปปี้” สำหรับงานขายที่ไม่ได้ขายผ่านทางโทรศัพท์

Application Form for Personal Accident Insurance “Muang Thai PA Your HAPPY”

FM-APP-06-113

แผนประกันภัย “เมืองไทย พี.เอ. ยัวร์ แฮปปี้”

“Muang Thai P.A. Your HAPPY” Plan

☐ แผน 1 (300,000)

Plan 1

☐ แผน 2 (500,000)

Plan 2

☐ แผน 3 (1,000,000)

Plan 3

ระยะเวลาเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.
Period of Insurance Required: From at hours To at 24.00 hours

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ..... เพศ..... สัญชาติ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี (ต้องมีอายุระหว่าง 16-65 ปี)
The Applicant: Name Sex Nationality Date of Birth Age (must be 16 to 65 years old)
☐ บัตรประชาชนเลขที่..... ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่..... ☐ ใบอนุญาตทำงาน เลขที่.....
Identity Card Passport No. Work Permit No.
อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ.....บาท
Occupation Position Job Description Salary/Wage (Baht per Year)

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: ☐ 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

ที่อยู่ทำงาน บริษัท/ห้าง/ร้าน: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
Company's Name: Address Village Moo Soi Street
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
Sub District District Province Post Code

2. ผู้รับประโยชน์: ☐ ทายาทตามกฎหมาย ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) 1. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....
Beneficiary: Statutory Other (Please Specify) Name Relationship
2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....
Name Relationship

3. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
Do you have or have Proposed for Personal Accident Insurance or Life Assurance with the Company or any other Company?
☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....
No Yes If yes, Please Specify Company' Name

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือการถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
Have you ever been declined Life Assurance or Personal Accident Insurance or had you Insurance cancelled or had renewal declined or had additional Premium imposed for such Insurance?
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....
No Yes If yes, Please Specify Company' Name

5. ท่านเคยใช้เสพสารเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษหรือไม่?
Do you take or consume Drug Alcoholic or have you ever been treated with Alcoholism or Drugs?
☐ ไม่เคย ☐ เคยติด ถ้าเคยโปรดระบุ.....
No Yes If yes, Please Clarify

6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?
In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be Hospitalized?
☐ ไม่เคย ☐ เคย ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา..... แพทย์/โรงพยาบาล หรือสถานรักษา.....
No Yes Nature of Injury Result of Treatment Physician/Hospital or Polyclinic
ปัจจุบันยังมีการรักษาอยู่หรือไม่?
Are you currently taking any Medication or Undergoing any Treatment?
☐ ไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ.....
No Yes Please Clarify

7. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

Do you have or have you ever been treated for?

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| • โรคลมชัก
Epilepsy or Convulsion | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย
Yes |
| • โรคหัวใจ
Heart Disease | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย
Yes |
| • โรคความดันโลหิตสูง
Hypertension | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย
Yes |
| • โรคเบาหวาน
Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย
Yes |
| • โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ
Muscle/Skeletal | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย
Yes |

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| • โรคมะเร็ง
Cancer | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ
Yes Please Clarify |
| • โรคเอดส์
AIDS or HIV Positive | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย
Yes |
| • อวัยวะพิการ
Disabled Part of Body | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ
Yes Please Clarify |
| • โรคสายตาผิดปกติ
Defect Eyesight | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ
Yes Please Clarify |
| • โรคประสาทหูผิดปกติ
Ear Neurotic Disorders | <input type="checkbox"/> ไม่
No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ
Yes Please Clarify |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังร้ายแรง

I hereby certify that I am healthy, do not have disable organ or total disability and underlying, chronic or dread disease.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

Would you like to claim for Personal Income Tax Deduction with this Health Insurance Premium?

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

Yes, and I permit Muang Thai Insurance Public Company Limited to send and reveal the Information about this Insurance Premium to the Revenue Department.

หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

If the Applicant is a Non-Thai Resident, please enter the Taxpayer ID Number given by the Revenue Department.

- ☐ ไม่มีความประสงค์
No

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัยในปีต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขความคุ้มครอง และ/หรือค่าเบี้ยประกันภัยให้เหมาะสมกับปัจจัยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

The Company reserves the Right to consider renewing the policy for next policy year and to adjust the Terms and Conditions and/or Premium to suit any Risks that may occur later.

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว

Statement confirming the collection, use and disclosure of sensitive personal data

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

I consent to the collection, use or disclosure of my health, disability, sexual behavior, biological, genetic, ethnic information to other insurance companies, reinsurance brokerage company, insurance companies to legal authorities, medical institutions, doctors, medical personnel, non-life insurance agent or insurance broker for insurance consideration or payment under the insurance policy.

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมที่ให้ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

If I revoke the consent I have given to the company. This may affect the insurance consideration, payment or providing any services related to the insurance policy. This will result in the company being unable to comply with the conditions of insurance policy and the insured will not be covered under the insurance policy.

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท 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/รหัสตัวแทน

Agent/Agent Code

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

DD/MM/YY

* ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี / In case of Applicant under 20 years old

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนั้นตกเป็นโมฆียะ 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.