

ใบคำขอเอาประกันภัย แผนประกันภัยสุขภาพ **เมืองไทย Health Smile**

FM-APP-06-034

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อเอาประกันภัย กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

- ชำระเป็นเงินสด หรือเช็ค** สั่งจ่ายในนาม บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) และชื่ตคร่อม (A/C Payee Only) ที่ศูนย์บริการลูกค้า (สำนักงานใหญ่ และสาขาย่อย)
- จ่ายเช็ค** ชื่ตคร่อมชื่ตคร่อม (A/C Payee Only)/ ตราฟ สั่งจ่ายในนาม "บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)" (กรุณาระบุชื่อและนามสกุล ลงบนด้านหลังเช็ค/ตราฟ พร้อมแนบใบคำขอเอาประกันภัย แล้วส่งโดยไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310)
- บัตรเครดิต** ประเภทวีซ่าและมาสเตอร์การ์ด ทุกธนาคาร
- ชำระเบี้ยประกันภัย ด้วยบัตรเครดิตที่สำนักงานใหญ่ ถนนรัชดาภิเษก กรุงเทพฯ

ยินยอมให้หักบัญชีบัตรเครดิต ธนาคาร.....

หมายเลขบัตรเครดิต - - -

ประเภทบัตร วีซ่า มาสเตอร์การ์ด

ชื่อผู้ถือบัตรเครดิต (ภาษาอังกฤษ)..... วันหมดอายุ(เดือนปี)...../.....

ลายมือชื่อผู้ถือบัตรเครดิต หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

แล้วส่งใบคำขอเอาประกันภัยนี้โดยทางไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 252 ถนนรัชดาภิเษก

แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / นางสาว)

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี (ต้องมีอายุระหว่าง 20-60 ปี) น้ำหนัก/ส่วนสูงกก./.....ซม.

เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

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

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

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร..... อีเมล.....

อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ บาท รายได้อื่นๆ ปีละ บาท

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

3. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ :

3.1 แผนประกันภัยมาตรฐาน แบบที่ 1 แบบที่ 2 แบบที่ 3 แบบที่ 4 แบบที่ 5 แบบที่ 6

3.2 แผนประกันภัยเพิ่มเติม "ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) "

แบบที่ 1 แบบที่ 2 แบบที่ 3 แบบที่ 4 แบบที่ 5

รวมเบี้ยประกันทั้งหมด (3.1) + (3.2) เท่ากับ บาท

12. ปัจจุบันท่านอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
 เวชกรรม ใช่หรือไม่

ใช่ โปรดระบุสาเหตุ ไม่ใช่

13. ท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่

ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุ หรือโรคที่เป็น ไม่ใช่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า
 รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียด
 ของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด
 (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด
 ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ทั้งนี้เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
 ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้
 ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ

หมายเหตุ หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัญชีบัตรเครดิต หรือเช็คได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกการรับประกันภัยนี้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....

(หมายเหตุ : ความคุ้มครองเริ่มเวลา 16.30 น. ณ วันที่ชำระเบี้ยประกันภัย)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้
 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865