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 2290 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
www.muangthaiinsurance.com

FM-APP-06-003

เมืองไทย PA MAX

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ **บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน)** ตามรายละเอียดดังนี้

แบบประกันภัยที่เลือก แบบรายเดี่ยว ☐ ราคา 2,600 บาท ☐ ราคา 5,200 บาท
แบบครอบครัว ☐ ราคา 4,700 บาท ☐ ราคา 9,400 บาท

ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

❒ **ชำระเป็นเงินสด หรือเช็ค** สั่งจ่ายในนาม บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) และขีดคร่อม (A/C Payee Only) ที่ศูนย์บริการลูกค้า (สำนักงานใหญ่ และสาขาย่อย)

❒ **จ่ายเช็ค** ขีดคร่อม (A/C Payee Only)/ ดร๊าฟ สั่งจ่ายในนาม "บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)" (กรุณาระบุชื่อและนามสกุล ลงบนด้านหลังเช็ค/ดร๊าฟ 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(เดือน/ปี)...../.....

ลายมือชื่อผู้ถือบัตรเครดิต .....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

แล้วส่งใบคำขอเอาประกันภัยนี้โดยทางไปรษณีย์มายัง บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

1. ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ ระบุ..... **ชื่อ..... นามสกุล.....**

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐ ☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ...../...../..... อายุ.....ปี สถานภาพ..... อาชีพ/ตำแหน่ง.....

ลักษณะงาน..... รายได้/เดือน..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ ..... โทรสาร.....

e-Mail.....

2. ที่อยู่ที่ติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....อาคาร.....

ชั้น..... ห้อง..... ซอย..... ถนน..... ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

3. ผู้รับผลประโยชน์ 1)..... .....ความสัมพันธ์.....

2)..... .....ความสัมพันธ์.....

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย 1 ปี เริ่มต้นวันที่.....เวลา....16.30....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา.....16.30...น.

5. **ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่**

การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ☐ ไม่มี ☐ มี กับบริษัท.....

การประกันชีวิต ☐ ไม่มี ☐ มี กับบริษัท.....

การประกันภัยประเภทอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ประเภท.....กับบริษัท.....

6. **ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือการถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการเอาประกันภัยดังกล่าวหรือไม่**

❒ ไม่เคย ❒ เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

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 2290 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
www.muangthaiinsurance.com

7. ท่านมีความผิดปกติของสายตา (ไม่รวมสานตาสั้น สายตายาว และสายตาเอียง)หรือประสาทหู (ไม่รวมหูตึง) บ้างหรือไม่

❒ ไม่มี ❒ มี โปรดระบุ.....

8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่

❒ ไม่ ❒ เป็นครั้งคราว

9. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคดังต่อไปนี้หรือไม่

ก. ลมบ้าหมู	❒ ไม่	❒ เคย	**ง. โรคเบาหวาน**	❒ ไม่	❒ เคย
ข. โรคหัวใจ	❒ ไม่	❒ เคย	**จ. โรคข้ออักเสบ**	❒ ไม่	❒ เคย
ค. ความดันโลหิตผิดปกติ	❒ ไม่	❒ เคย	**ฉ. โรคมะเร็ง**	❒ ไม่	❒ เคย

<u>กรณีทำประกันภัยแบบครอบครัว โปรดระบุรายละเอียดของคู่สมรสและบุตร</u>

<u>คู่สมรส</u> ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ ระบุ..... **ชื่อ..... นามสกุล.....**

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐ ☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ...../...../..... อายุ.....ปี อาชีพ/ตำแหน่ง..... ลักษณะงาน.....

รายได้/เดือน..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร..... e-Mail.....

ผู้รับผลประโยชน์ 1)..... .....ความสัมพันธ์.....

2)..... .....ความสัมพันธ์.....

<u>ชื่อบุตร (อายุไม่เกิน 20 ปี ไม่เกิน 2 คน)</u>

บุตรคนที่ 1 ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ ระบุ..... **ชื่อ..... นามสกุล.....**

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ...../...../..... อายุ.....ปี

ผู้รับผลประโยชน์ 1)..... .....ความสัมพันธ์.....

2)..... .....ความสัมพันธ์.....

บุตรคนที่ 2 ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ ระบุ..... **ชื่อ..... นามสกุล.....**

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) ...../...../..... อายุ.....ปี

ผู้รับผลประโยชน์ 1)..... .....ความสัมพันธ์.....

2)..... .....ความสัมพันธ์.....

<u>หมายเหตุ</u> ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอให้ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ ..... / ..... / .....

(สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ) ชื่อผู้ส่งงาน..... รหัสผู้ส่งงาน.....โทรศัพท์.....

✂.....

<u>หลักฐานการชำระเงิน</u> (แผนประกันภัย เมืองไทย PA MAX) **(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)**

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย,นาง,น.ส.) .....

ได้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยรวม.....**บาท** (.....)

..../...../.....

ผู้รับเงิน **รหัสผู้ส่งงาน** **วันที่รับเงิน**

<u>หมายเหตุ</u> : ในกรณีที่ไม่ผ่านการพิจารณารับประกันภัย บริษัทฯ จะคืนเงินแก่ผู้ขอเอาประกันภัย