

เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

เมืองไทย SMILE PA

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน) ตามรายละเอียดดังนี้

แบบประกันภัยที่เลือก แบบที่ 1 ราคา 1,555 บาท แบบที่ 2 ราคา 920 บาท แบบที่ 3 ราคา 780 บาท

ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

ชำระเป็นเงินสด หรือเช็ค สั่งจ่ายในนาม บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) และขีดคร่อม (A/C Payee Only)

ที่ศูนย์บริการลูกค้า (สำนักงานใหญ่ และสาขาย่อย)

จ่ายเช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only)/ ดราฟท์ สั่งจ่ายในนาม “บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)”

(กรุณาระบุชื่อและนามสกุล ลงบนด้านหลังเช็ค/ดราฟท์ 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..... โทรศัพท์.....

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

2. ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้านอาคาร.....

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 กับบริษัทฯ.....

การประกันชีวิต ไม่มี มี กับบริษัทฯ.....

การประกันภัยประเภทอื่นๆ ไม่มี มี ประเภท.....กับบริษัทฯ.....

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญา หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือ

การถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการเอาประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

7. ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับคำทดแทนจากการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

ลักษณะการบาดเจ็บ..... จำนวนเงินทดแทน.....บาท

8. ในการประกอบอาชีพท่านต้องขับรถจักรยานยนต์ประจำหรือไม่

ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่

ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

10. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

11. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

12. ท่านเคยติดยาเสพติดที่ให้โทษหรือไม่

ไม่เคย เคยติด

13. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคดังต่อไปนี้หรือไม่

ก. ลมบ้าหมู	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	ง. โรคนาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
ข. โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	จ. โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
ค. ความดันโลหิตผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	ฉ. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย

หมายเหตุ ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

.....
 (.....)
 ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 วันที่ / /

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
 ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอให้ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุ
 ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หลักฐานการชำระเงิน (แผนประกันภัย เมืองไทย SMILE PA) (สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย,นาง,น.ส.)

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

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

ผู้รับเงิน รหัสผู้ส่งงาน วันที่รับเงิน

หมายเหตุ : ในกรณีที่ไม่ผ่านการพิจารณารับประกันภัย บริษัทฯ จะคืนเงินแก่ผู้ขอเอาประกันภัย