

เมืองไทย YOUR PA

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน) ตามรายละเอียดดังนี้

- แบบประกันภัยที่เลือก แบบที่ 1 ราคา 1,000 บาท แบบที่ 2 ราคา 1,400 บาท
 แบบที่ 3 ราคา 2,200 บาท แบบที่ 4 ราคา 4,200 บาท

ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

- ชำระเป็นเงินสด หรือเช็ค สั่งจ่ายในนาม บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) และซีดีคร่อม (A/C Payee Only) ที่ศูนย์บริการลูกค้า (สำนักงานใหญ่ และสาขาย่อย)
- จ่ายเช็คซีดีคร่อม (A/C Payee Only)/ ดราฟ สั่งจ่ายในนาม "บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)" (กฎกระทรวงและนามสกุล ลงบนด้านหลังเช็ค/ดราฟ 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. 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. ที่อยู่ติดต่อได้ 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

FM-APP-06-001

7. ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับค่าทดแทนจากการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

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

8. ในการประกอบอาชีพท่านต้องขับขีรถจักรยานยนต์ประจำหรือไม่

ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

10. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

11. ท่านมีภาวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

12. ท่านเคยติดยาเสพติดให้โทษหรือไม่

ไม่เคย เคยติด

13. บริษัทไม่รับประกันภัยสำหรับผู้ที่เป็นโรคดังต่อไปนี้

- โรคลมชัก
- โรคลมหัวใจ
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- โรคของหลอดเลือดในสมอง
- โรคมะเร็ง
- โรคเอดส์
- สารเสพติดให้โทษรุนแรง
- โรคไวรัสตับอักเสบบี
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคตับแข็ง
- โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ
- โรคหรือความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต

หมายเหตุ ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

.....
(.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ / /

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอให้ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุ

ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หลักฐานการชำระเงิน (แผนประกันภัย เมืองไทย YOUR PA)

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นาย,นาง,น.ส.)

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

ผู้รับเงิน

รหัสผู้ส่งงาน

วันที่รับเงิน

หมายเหตุ : ในกรณีที่ไม่ผ่านการพิจารณารับประกันภัย บริษัทฯ จะคืนเงินแก่ผู้ขอเอาประกันภัย