

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

เมืองไทย P.A. 2 จ่าย 1

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน) ตามรายละเอียดดังนี้

- อายุ 16-65 ปี เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร 3,450 บาท
- อายุ 66-75 ปี เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร 7,150 บาท
- อายุ 76-80 ปี เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร 8,450 บาท

(พิจารณาเบี้ยประกันภัยจากผู้มีอายุสูงสุด)

ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

- ชำระเป็นเงินสด หรือเช็ค สั่งจ่ายในนาม บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) และชื่ตคร่อม (A/C Payee Only) ที่ศูนย์บริการลูกค้า (สำนักงานใหญ่ และสาขาย่อย)
- จ่ายเช็ค/ดราฟท์ ชื่ตคร่อมชื่ตคร่อม (A/C Payee Only) 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..... 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 กับบริษัทฯ.....

การประกันชีวิต ไม่มี มี กับบริษัทฯ.....

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

