

# เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

Service Code: MTINSURE

เพื่อมาชำระเงินที่ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
Deposit to Muang Thai Insurance Public Company Limited Account

ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107551000151  
Business Registration/Taxpayer ID: 0107551000151

สถานประกอบการ 00000 (สำนักงานใหญ่)  
Place of Business 00000 (Head Office)

ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 089-1-08758-6

ธนาคารไทยพาณิชย์ COMP.CODE 1484 (สาขานนทบุรีสาขา 2)

ทรู มินิ เอ็กซ์เพรส (10 บาท)

ธนาคารกรุงเทพ สาขาธนาภิเษก (BR. No. 055)

TMB ธนาคารทหารไทย CODE 570 Service Code: 0153

ศูนย์บริการทรู พาร์ทเนอร์ (10 บาท)

ธนาคารกรุงไทย COMP.CODE 6009

ธนาคารธนชาต COMP.CODE G100 Service Code: A168

เคาน์เตอร์เซอร์วิส

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา เลขที่บัญชี 151-0-03676-0

ที่ทำการไปรษณีย์

เคาน์เตอร์เซอร์วิส

ธนาคารซีไอเอ็มบีไทย TRX. CODE 34X2/3433

เอ็มเพย์ สเตชัน (12 บาท)

เลขที่กรมธรรม์/Policy No. .... ชื่อผู้เอาประกันภัย/Insured Name..... ผู้นำฝาก: โทรศัพท์/Deposit by: Telephone No. ....

หมายเลขเช็ค/Cheque No.	เช็คลงวันที่/Date	ธนาคาร/Bank สาขา/Branch	จำนวนเงิน/Amount	สำหรับเจ้าหน้าที่/for Officer
<input type="checkbox"/> เงินสด/Cash	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร Amount in Word			ผู้รับเงิน/Receiver

\* รับเฉพาะเงินสด ไม่เกิน 30,000 บาท/Cash Only, not exceed 30,000 Baht

\*\* รับเฉพาะเงินสด ไม่เกิน 49,000 บาท/Cash Only, not exceed 49,000 Baht

\*\*\* รับเฉพาะเงินสด ไม่เกิน 50,000 บาท/Cash Only, not exceed 50,000 Baht

T/E Rev. 00 26-07-2559

## ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (แบบพิเศษ) “เมืองไทย พี.เอ. แฮปปี้ คิลด์” สำหรับงานขายที่ไม่ได้ขายผ่านทางโทรศัพท์ Application Form for Personal Accident Insurance “Muang Thai P.A. HAPPY Kids”

แผนประกันภัย “เมืองไทย พี.เอ. แฮปปี้ คิลด์”  แผน 1 (200,000)  แผน 2 (300,000)  แผน 3 (500,000)  
“Muang Thai P.A. HAPPY Kids” Plan 1 Plan 2 Plan 3

ระยะเวลาเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.  
Period of Insurance Required: From at 16.30 hours To at 16.30 hours

1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ..... เพศ..... สัญชาติ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี (ต้องมีอายุระหว่าง 1 เดือน-15 ปี)  
The Applicant: Name Sex Nationality Date of Birth Age (must be 1 month to 15 years old)  
บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
Address Village Moo Soi Street Sub District  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
District Province Post Code Home Phone No. Office Phone No. Mobile Phone No.  
บัตรประชาชนเลขที่.....  
Identity Card

2. ผู้ปกครองผู้เอาประกันภัย: ชื่อ..... ความสัมพันธ์..... อาชีพ..... ลักษณะงาน..... รายได้/เดือน.....บาท  
Parent: Name Relationship Occupation Job Description Salary (Baht per Month)  
บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
Address Village Moo Soi Street Sub District  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
District Province Post Code Home Phone No. Office Phone No. Mobile Phone No.  
บัตรประชาชนเลขที่.....  
Identity Card

3. ผู้รับผลประโยชน์:  ทายาทตามกฎหมาย  อื่นๆ (โปรดระบุ) 1. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....  
Beneficiary: Statutory Other (Please Specify) Name Relationship  
2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....  
Name Relationship

4. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?  
Do you have or have Proposed for Personal Accident Insurance or Life Assurance with the Company or any other Company?  
 ไม่มี  มี ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....  
No Yes If yes, Please Specify Company Name

5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือการถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่ม  
สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?  
Have you ever been declined Life Assurance or Personal Accident Insurance or had you Insurance cancelled or had renewal declined or had additional Premium imposed for such Insurance?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....  
No Yes If yes, Please Specify Company Name

6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?  
In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be Hospitalized?  
 ไม่เคย  เคย ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา..... แพทย์/โรงพยาบาล หรือสถานรักษา.....  
No Yes Nature of Injury Result of Treatment Physician/Hospital or Polyclinic  
ปัจจุบันยังมีการรักษาอยู่หรือไม่?  
Are you currently taking any Medication or Undergoing any Treatment?  
 ไม่  ใช่ โปรดระบุ.....  
No Yes Please Clarify

**7. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?**  
Do you have or have you ever been treated for?

- |   |                                    |                                     |  |                                    |   |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| • โรคลมชัก<br>Epilepsy or Convulsion              | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย<br>Yes | • โรคมะเร็ง<br>Cancer                          | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ .....<br>Yes Please Clarify |
| • โรคหัวใจ<br>Heart Disease                       | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย<br>Yes | • โรคเอดส์<br>AIDS or HIV Positive             | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย<br>Yes                               |
| • โรคความดันโลหิตสูง<br>Hypertension              | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย<br>Yes | • อวัยวะพิการ<br>Disabled Part of Body         | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ .....<br>Yes Please Clarify |
| • โรคเบาหวาน<br>Diabetes Mellitus                 | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย<br>Yes | • โรคสายตาผิดปกติ<br>Defect Eyesight           | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ .....<br>Yes Please Clarify |
| • โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ<br>Muscle/Skeletal | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย<br>Yes | • โรคประสาทหูผิดปกติ<br>Ear Neurotic Disorders | <input type="checkbox"/> ไม่<br>No | <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ .....<br>Yes Please Clarify |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังร้ายแรง  
I hereby certify that I am healthy, do not have disable organ or total disability and underlying, chronic or dread disease.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
I/we warrant that above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the Contract between me/us and the company.

..... ลงลายมือชื่อขอเอาประกันภัย Applicant's Signature วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... DD/MM/YY	..... ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม Legal Representative's Signature วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... DD/MM/YY	..... ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทน Agent/Agent Code วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... DD/MM/YY
--	---	--

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบได้ตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**Reminder from the Office of Insurance Commission (OIC)**

Please answer all questions truthfully otherwise the Company may have causes to deny Liability under the Policy per Section 865 of the Civil & Commercial Code.