

# 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 2292 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033  
 www.muangthaiinsurance.com, Call Center 1484

## ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล แบบพิเศษ (เมืองไทย Mobile Syndrome)

FM-APP-06-166

<b>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ต้องมีอายุระหว่าง 11-60 ปี)</b> ชื่อ/นามสกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่.....	
<b>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน</b> เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....	
<b>ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อสะดวก</b> เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....	
<b>ที่อยู่ทำงาน</b> เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล..... อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....	
<b>2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์:</b> 1. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย..... 2. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....	
<b>3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย</b> เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.	
<b>4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ</b> <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3 <input type="checkbox"/> แผน 4 <input type="checkbox"/> แผน 5 เบี้ยประกันภัย..... บาท	
<b>5. ชื่อประกันสุขภาพให้กับ</b> <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพ ไม่เกิน 25,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า จะต้องมียาได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี) <b>กรุณาระบุรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย</b> ชื่อ/นามสกุล..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่.....	
<b>คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ</b> <b>6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครอง หรือชดเชยเงินเพิ่มเติมหรือไม่?</b> <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ.....	
<b>7. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรค ต่อป็นหรือไม่ ได้แก่ โรคเมเร็ง เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดออกหรือผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนการทำการประกันภัย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูงที่เคยต้องนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคนี โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ โรคเลือดทาลาสซีเมีย โรคไวรัสตับอักเสบบี, C โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ หรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ หรือไม่?</b> <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....	
<b>8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นอันเนื่องจากโรค หรือการบาดเจ็บใด ๆ ซึ่งยังไม่ได้รับการรักษา หรือยังไม่มีความผิดปกติ การเจ็บป่วย อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใด ๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่?</b> <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยโปรดระบุ.....	

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

ยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่ยินยอม

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

**คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย**

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทฯ ยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทฯ จะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้น ๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้งรับทราบและยินยอมตามคำรับรองที่ให้ไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกลีกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรมหรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม การประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์เลิกการรับประกันภัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้า และบริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

.....  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

.....  
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม\*  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

.....  
ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

\*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี

(หมายเหตุ: ความคุ้มครองเริ่มเวลา 00.01 น. ของวันที่บริษัทฯ รับประกันภัย)

การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้..... โบราณคดีเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865