

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 กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค "Care for Kids"

FM-APP-06-162

<p>1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้เอาประกันภัย (อายุ 20-70 ปี)</p> <p>ชื่อ/นามสกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่.....</p> <p>อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....</p>	
<p>ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อสะดวก เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....</p> <p>ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>โทรศัพท์.....</p>	
<p>ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....</p> <p>ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....</p>	
<p>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....</p> <p>ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....</p>	
<p>ผู้รับประโยชน์: ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....</p>	
<p>2. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ได้รับความคุ้มครอง (บุตรของผู้เอาประกันภัย อายุ 5-20 ปี)</p> <p>ชื่อ/นามสกุล (นาย/นางสาว/ต.ช./ต.ญ.)..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....</p>	
<p>ผู้รับประโยชน์: ชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับความคุ้มครอง.....</p>	
<p>3. ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย (อายุ 20-70 ปี)</p> <p>3.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันภัยชดเชยรายได้ไว้กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ: บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท</p>	
<p>3.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอประกันภัยชดเชยรายได้ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ: บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท</p>	
<p>3.3 ท่านเป็น หรือเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>ได้แก่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด เนื้องอก โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบบี, ซี โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคปอดอักเสบ หรือโรคถุงลมโป่งพอง หรือมีความพิการหรือผิดปกติทางร่างกาย มีความผิดปกติทางจิต หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคร้ายแรงเรื้อรังหรือไม่? โปรดระบุ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เป็น/เคย โปรดระบุ.....</p>	
<p>3.4 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยหรือกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือได้รับการแนะนำให้ผ่าตัดแต่ยังไม่ได้กระทำ หรือตรวจพบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจคลื่นหัวใจ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เป็น/เคย โปรดระบุ.....</p>	
<p>4. ประวัติสุขภาพของผู้ได้รับความคุ้มครอง (บุตรของผู้เอาประกันภัย อายุ 5-20 ปี)</p> <p>4.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันภัยชดเชยรายได้ไว้กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ: บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท</p>	
<p>4.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอประกันภัยชดเชยรายได้ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ: บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท</p>	
<p>4.3 ท่านเป็น หรือเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>ได้แก่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด เนื้องอก โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบบี, ซี โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคปอดอักเสบ หรือโรคถุงลมโป่งพอง หรือมีความพิการหรือผิดปกติทางร่างกาย มีความผิดปกติทางจิต หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคร้ายแรงเรื้อรังหรือไม่? โปรดระบุ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็น/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เป็น/เคย โปรดระบุ.....</p>	

4.4 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยหรือกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือได้รับการแนะนำให้ผ่าตัดแต่ยังไม่ได้กระทำ หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจคลื่นหัวใจ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่?
 ไม่เป็น/ไม่เคย เป็น/เคย โปรดระบุ.....

5. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

แผน 1 แผน 2 แผน 3 แผน 4 แผน 5

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.

(กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุอัตโนมัติ หากมีการชำระเบี้ยประกันภัยตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)

6. ชื่อประกันสุขภาพให้กับ

ตนเอง

บุตร

บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพ ไม่เกิน 25,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ประกันภัย ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า บิดาหรือมารดาจะต้องมีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี) กรุณาระบุรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ/นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวข้าราชการ

หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....
 ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดา ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดาทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดา หรือสุขภาพของข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดา มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดา รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดา ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและบุตร และบิดาหรือมารดา ต่อคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์เลิกการรับประกันภัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

.....
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....
 ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม*

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....
 ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้..... ในอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865