

# 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

เลขที่ใบคำขอ

## ใบคำขอเอาประกันภัย

### กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล แบบพิเศษ "Health Trust"

FM-APP-06-154

<b>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย</b> ชื่อ/นามสกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี (ต้องมีอายุระหว่าง 21-60 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..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... 2. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....	
<b>3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย</b> เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.	
<b>4. โปรดเลือกแผนประกันภัยหลักที่ท่านต้องการ</b> <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3 เบี้ยประกันภัย..... บาท	
<b>5. ชื่อประกันสุขภาพให้กับ</b> <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพ ไม่เกิน 15,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า จะต้องมียารักษาได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี) <b>กรณีระบุรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย</b> ชื่อ/นามสกุล..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่.....	
<b>6. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ</b> 6.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือช้อยยกเว้นเพิ่มเติมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ..... 6.2 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือกำลังรักษาอยู่ ตลอดจนได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคเอสแอลอี (SLE) โรคความดันโลหิตสูงที่เคยมียาต้านโรครักษาตัวเป็นประจำในของโรงพยาบาลด้วยโรคนี้ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ โรคเลือดทาลาสซีเมีย โรคไวรัสตับอักเสบบี B, C โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต หูพหูพลภาพ พิการหรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ..... 6.3 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อรับการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นอันเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใด ๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือยังมีความผิดปกติ/การเจ็บป่วย/อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใด ๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....	

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

- ยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด  
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่ยินยอม

.....  
(  
)   
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่?

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด  
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

.....  
(  
)   
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

#### คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทฯ ยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทฯ จะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้น ๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้งรับทราบและยินยอมตามคำรับรองที่ให้ไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรมหรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกการรับประกันภัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

.....  
(  
)   
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

.....  
(  
)   
ลงชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทน  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ความคุ้มครองเริ่มเวลา 16.30 น. ของวันที่บริษัทฯ รับประกันภัย

- ตัวแทน       นายหน้าประกันภัยรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....
- การประกันภัยโดยตรง

#### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865