

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

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (แบบพิเศษ) “ประกันอุบัติเหตุ Sports Fan” สำหรับการขายที่ไม่ได้ขายผ่านทางโทรศัพท์ (Non-Telemarketing)

Application form for Personal Accident Insurance “Personal Accident Sports Fan” For selling through Non-Telemarketing channel

FM-APP-06-173

แผนประกันภัยที่เลือก

Selected Plan

☐ P.A. 399

Plan 1

☐ P.A. 999

Plan 2

เบี้ยประกันภัยรวม.....บาท

Total Premium

Baht

ระยะเวลาเอาประกันภัย:

Period of insurance required: From

เริ่มต้นวันที่...../...../.....

เวลา.....น.

at

สิ้นสุดวันที่...../...../.....

Hours To

เวลา 24.00 น.

at

Hours

1. ผู้ขอเอาประกันภัย:

The Applicant:

ชื่อ.....

Name

เพศ.....

Sex

สัญชาติ.....

Nationality

วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....

Date of Birth

อายุ.....ปี

Age

(ต้องมีอายุระหว่าง 16-65 ปี)

Years (must be 16 to 65 years old)

☐

บัตรประชาชนเลขที่.....

Identity Card No.

☐

หนังสือเดินทางเลขที่.....

Passport No.

☐

ใบอนุญาตทำงานเลขที่.....

Work Permit No.

อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับติดต่อ/ส่งเอกสาร:

Current Address:

เลขที่.....

Address

หมู่บ้าน.....

Village

หมู่.....

Moo

ซอย.....

Soi

ถนน.....

Street

แขวง/ตำบล.....

Sub District

เขต/อำเภอ.....

District

จังหวัด.....

Province

รหัสไปรษณีย์.....

Post Code

โทรศัพท์บ้าน.....

Home Phone No.

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

Office Phone No.

โทรศัพท์มือถือ.....

Mobile Phone No.

อีเมล.....

e-Mail Address

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน:

Address on ID Card:

☐

เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน

Same as the Current Address

เลขที่.....

Address

หมู่บ้าน.....

Village

หมู่.....

Moo

ซอย.....

Soi

ถนน.....

Street

แขวง/ตำบล.....

Sub District

เขต/อำเภอ.....

District

จังหวัด.....

Province

รหัสไปรษณีย์.....

Post Code

ที่อยู่ทำงาน ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน:

Company's Name:

เลขที่.....

Address

หมู่.....

Moo

ซอย.....

Soi

ถนน.....

Street

แขวง/ตำบล.....

Sub District

เขต/อำเภอ.....

District

จังหวัด.....

Province

รหัสไปรษณีย์.....

Post Code

2. ผู้รับประโยชน์:

Beneficiary:

☐

ทายาทตามกฎหมาย

Statutory

☐

อื่นๆ (โปรดระบุ)

Other (Please Specify)

1. ชื่อ.....

Name

ความสัมพันธ์.....

Relationship

2. ชื่อ.....

Name

ความสัมพันธ์.....

Relationship

3. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ประกันภัยชดเชยรายได้ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

Do you have or have proposed for personal accident insurance or Hospital illness/accident benefit insurance or Life insurance with the company or any other company?

☐

ไม่มี

No

☐

มี

Yes

ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

If yes, Please state: Company

จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

Suminsure

Baht

กรณีมีมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุจำนวนบริษัท.....

If more than 1 company please state

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทุกบริษัท..... บาท

Suminsure

Baht

Baht

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ประกันภัยชดเชยรายได้ หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย

หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการเอาประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

Have you ever been denied from insurance company to provide coverage on a life insurance, or hospital illness/accident benefit insurance or personal accident insurance or been denied to renew any aforementioned insurances or been charged additional premium for these insurances?

☐

ไม่เคย

No

☐

เคย

Yes

ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....

Please specify The insurance company named

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง โรคภัยแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริต ไม่มีอาการหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด และขอรับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

I hereby certify that I am in good health not have any part with disabilities and do not have chronic congenital disease, serious disease, or are not insane. There are no symptoms or diseases associated with the mental state. alcoholism and is not a drug addict and certifies that The statements listed above are true and to be considered as part of the insurance contract between me and the Muang Thai Insurance Public Company Limited.

ข้าพเจ้ารับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไขการรับประกันภัยตามแผนความคุ้มครองที่ข้าพเจ้าได้เลือกไว้ และตกลงขอเอาประกันภัยภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขการประกันภัยดังกล่าว

I am aware of the terms and conditions of the insurance under the coverage plan that I have chosen and agree to apply for insurance under the terms and conditions of this insurance.

ข้อความยินยอมด้วยแถลงสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว Consent Form for the Collection, Use and Disclosure of Sensitive Personal Data

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันวินาศภัย หรือนายหน้าประกันวินาศภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายตามธรรมประกันภัย

I hereby agree and consent that Muang Thai Insurance Public Company Limited (“the Company”) may collect, use disclose my health-related data, disability, sexual orientation, biometric genetic racial or ethnic origin to other insurance companies, reinsurance brokers, regulators supervisory authorities, hospitals medical facilities, doctors, personnel, agents brokers for purchasing products, underwriting compensation payment.

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมที่ไว้กับบริษัทฯ จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย I understand that in the event I withdraw my consent given to the Company, it shall affect the Company’s insurance underwriting, compensation payment, or any services inconnection with the insurance policy, which shall give rise to the Company’s inability to perform as stated under the conditions of the insurance policy, with the result that I will not be able to receive coverage under the insurance policy.

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Signature of Main Applicant

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

The applicant allows the insurer to send and reveal my personal data to the Revenue Department in order to file for income tax deduction as an insurance premium payer according to the Tax law.

☐ ยินยอมให้บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department .Data format and process flow are in accordance with the requirement imposed by the Revenue department. Please give your taxpayer

เลขที่.....
ID Number

☐ ไม่ยินยอม
No

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Signature of Main Applicant

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่?

Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ส่ง และเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department .Data format and process flow are in accordance with the requirement imposed by the Revenue department. Please give your taxpayer

เลขที่.....
ID Number

☐ ไม่มีความประสงค์
No

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
Signature of Premium Payer

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

The company has right to examine the Insured's medical records and diagnosis records necessarily for insurance policy and also has right to access or examine autopsy as necessary and not be contrary to law. The company will be responsible for all expenses.
In case the Insured refuses the company to examine the Insured's medical records and diagnosis records for considering claim payment. The company may deny the Insured's coverage of insurance policy.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I hereby allow the Company to collect, use and disclose my personal and health information to the Office of Insurance Commission for monitoring non-life insurance business.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้อ้างเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและ บริษัท 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

.....
ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
Signature of Main Applicant
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

.....
ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันภัย
Agent/Agent Code
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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