

เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

Service Code: MTINSURE

เพื่อเข้าบัญชี 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
Kasikorn Bank Acc. No. 089-1-08758-6
- ธนาคารกรุงเทพ สาขารัชดาภิเษก (BR. No. 055)
Bangkok Bank, Rachadapisek Branch (BR. No. 055)
- ธนาคารกรุงไทย COMP.CODE 6009
Krung Thai Bank COMP.CODE 6009
- ธนาคารกรุงศรีอยุธยา เลขที่บัญชี 151-0-03676-0
Krung Sri Bank Acc. No. 151-0-03676-0
- ธนาคารซีไอเอ็มบีไทย TRX. CODE 34X2/3433
CIMB Thai TRX. CODE 34X2/3433

- ธนาคารไทยพาณิชย์ COMP.CODE 1484 (สาขานนทบุรีสาขา 2)
SCB COMP.CODE 1484 (Rachadapisek Road Branch 2)
- ธนาคารทหารไทย CODE 570 Service Code: 0153
TMB COMP.CODE 570 Service Code: 0153
- ธนาคารธนชาต COMP.CODE G100 Service Code: A168
Thanachart Bank COMP.CODE G100 Service Code: A168
- ที่ทำการไปรษณีย์
Thai Post Office via Pay@Post**
- เอ็มเพย์ สเตชัน (12 บาท)
mPay Station (12 Baht)**

- ทรู มณี เอ็กซ์เพรส (10 บาท)
True Money Express (10 Baht)*
- ศูนย์บริการทรู พาร์ทเนอร์ (10 บาท)
True Partner Service (10 Baht)*
- เคาน์เตอร์เซอร์วิส
Counter Service (15/20 Baht)*

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. ยัวร์ แฮปปี้” สำหรับงานขายที่ไม่ได้ขายผ่านทางโทรศัพท์ Application Form for Personal Accident Insurance “Muang Thai P.A. Your HAPPY”

แผนประกันภัย “เมืองไทย พี.เอ. ยัวร์ แฮปปี้” “Muang Thai P.A. Your HAPPY” Plan

แผน 1 (300,000) Plan 1 แผน 2 (500,000) Plan 2 แผน 3 (1,000,000) Plan 3

ระยะเวลาเอาประกันภัย: เริ่มตั้งแต่วันที่...../...../..... 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 16-65 ปี)
The Applicant: Name Sex Nationality Date of Birth Age (must be 16 to 65 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..... หนังสือเดินทาง เลขที่..... ใบอนุญาตทำงาน เลขที่.....
Identity Card Passport No. Work Permit No.

อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ.....บาท
Occupation Position Job Description Salary/Wage (Baht per Year)

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

2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....
Name Relationship

3. 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

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือการถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่ม
สำหรับประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
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

5. ท่านเคยใช้เสพยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติด
ให้โทษหรือไม่?
Do you take or consume Drug Alcoholic or have you ever been treated with Alcoholism or Drugs?

ไม่เคย เคยติด ถ้าเคยโปรดระบุ.....
No Yes If yes, Please Clarify

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

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