

ใบคำขอเอาประกันภัยรถยนต์ “เมืองไทย 3+ Surprise”
Application Form for “Muang Thai 3+ Surprise”

เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / Proposal ID

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะลงทะเบียนเพื่อขอเอาประกันภัยรถยนต์กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดังนี้
I wish to apply in Application for Voluntary Motor Insurance with Muang Thai Insurance Public Company Limited as details below

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-----------------------|---------|-----|---------------------------|-------|-----|
| <input type="checkbox"/> | แผน 1 | จำนวนเงินเอาประกันภัย | 100,000 | บาท | เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร | 4,900 | บาท |
| | Plan 1 | Sum Insured | | THB | Premium | | THB |
| <input type="checkbox"/> | แผน 2 | จำนวนเงินเอาประกันภัย | 150,000 | บาท | เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร | 5,100 | บาท |
| | Plan 2 | Sum Insured | | THB | Premium | | THB |
| <input type="checkbox"/> | แผน 3 | จำนวนเงินเอาประกันภัย | 200,000 | บาท | เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร | 5,300 | บาท |
| | Plan 3 | Sum Insured | | THB | Premium | | THB |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|--|----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. ผู้ขอเอาประกันภัย / The Applicant | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> นาย | <input type="checkbox"/> นาง | <input type="checkbox"/> นางสาว | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | ชื่อ/นามสกุล..... | เพศ | <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง |
| Mr. | Mrs. | Ms. | Other | Name/Surname | Gender | Male | Female |
| เลขที่บัตรประชาชน..... | | | | วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.)...../...../..... | อายุ..... | ปี สถานภาพ..... | |
| ID Card No. | | | | Date of Birth: DD/MM/YY (B.E.) | Age | Status | |
| อาชีพ/ตำแหน่ง..... | | | | ลักษณะงาน..... | รายได้/เดือน.....บาท | | |
| Occupation | | | | Type of Work | Income/Month THB | | |
| โทรศัพท์บ้าน..... | | โทรศัพท์ที่ทำงาน..... | | โทรสาร..... | | | |
| Home Phone No. | | Office Phone No. | | Fax No. | | | |
| โทรศัพท์มือถือ..... | | อีเมล..... | | | | | |
| Mobile Phone No. | | e-Mail Address | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|----------------|--------------|-------------------|-----------------|----------|
| 2. ที่อยู่ติดต่อได้ / Address | | | | | | |
| เลขที่..... | หมู่ที่..... | หมู่บ้าน..... | อาคาร..... | ชั้น..... | ห้องเลขที่..... | ซอย..... |
| No. | Moo | Village | Building | Floor | Room No. | Soi/Lane |
| ถนน..... | ตำบล/แขวง..... | อำเภอ/เขต..... | จังหวัด..... | รหัสไปรษณีย์..... | | |
| Street | Sub District | District | Province | Post Code | | |

| | | | | | | |
|--|-----------|-------|--------------------------------|----------------|--|--|
| 3. ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี / Period of Insurance: 1 Year | | | | | | |
| เริ่มต้นวันที่...../...../..... | เวลา..... | น. | สิ้นสุดวันที่...../...../..... | เวลา 16.30 น. | | |
| From | At | hours | To | At 16.30 hours | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------|----------|----------------------|------|--|--|
| 4. รายละเอียดตามการจดทะเบียนรถยนต์ / Description of Motor Vehicle Insured as per Car Registration | | | | | | |
| 4.1 ยี่ห้อรถยนต์..... | รุ่น/แบบ..... | | | | | |
| Brand | Type/Model | | | | | |
| 4.2 เลขทะเบียน..... | ปีที่จดทะเบียน..... | | | | | |
| License No. | Year of Registration | | | | | |
| 4.3 เลขตัวรถ (เลขตัวถัง)..... | | | | | | |
| Chassis No. | | | | | | |
| 4.4 เลขเครื่องยนต์..... | | | | | | |
| Engine No. | | | | | | |
| 4.5 จำนวนที่นั่ง.....คน | น้ำหนักรวม..... | กิโลกรัม | ขนาดเครื่องยนต์..... | ซีซี | | |
| Seats | Gross Weight | kg. | Displacement | cc. | | |

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------|--|--|--|
| 5. ขณะนี้ท่านได้ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่? / At Present, Do you have any Insurance with US or Other Insurance Company? | | | | | | |
| การประกันอัคคีภัย | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | กับบริษัท..... | | | |
| Fire Insurance | No | Yes | Please Specify | | | |
| การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | กับบริษัท..... | | | |
| Personal Accident Insurance | No | Yes | Please Specify | | | |
| การประกันภัยประเภทอื่น | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | กับบริษัท..... | | | |
| Other Insurance | No | Yes | Please Specify | | | |

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

Applicant's Signature ()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

Date Month Year

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ / For Staff Only

| | | |
|--------------------|--------------------|---------------|
| ชื่อผู้ส่งงาน..... | รหัสผู้ส่งงาน..... | โทรศัพท์..... |
| Sender Name | Sender Code | Telephone |

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ 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