

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) “PA TRUST” สำหรับการขายที่ไม่ได้ขายผ่านทางโทรศัพท์ (Non-Telemarketing)

FM-APP-06-138

แผนประกันภัย “PA TRUST”	<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	เบี้ยประกันภัย.....บาท
-------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------

ระยะเวลาเอาประกันภัย:	เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.	สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.
-----------------------	---	--

<p>1. ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ..... เพศ..... สัญชาติ..... วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี (ต้องมีอายุระหว่าง 16-65 ปี)</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประชาชนเลขที่..... <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่..... <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงาน เลขที่.....</p> <p>อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป..... เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ.....บาท</p> <p>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....</p> <p>แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับติดต่อ/ส่งเอกสาร: <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน</p> <p>เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....</p> <p>แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....</p> <p>ที่อยู่ทำงาน บริษัท/ห้าง/ร้าน: เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....</p> <p>แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....</p>

2. ผู้รับประโยชน์: <input type="checkbox"/> ทายาทตามกฎหมาย <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)	<p>1. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....</p> <p>2. ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....</p>
--	---

<p>3. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทอื่นหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....</p> <p>จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท กรณีมีมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุจำนวนบริษัท.....</p> <p>จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทุกบริษัท.....บาท</p>
--

<p>4. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือเคยถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการเอาประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....</p>
--

<p>5. ในการประกอบอาชีพท่านต้องขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ประจำหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p>
--

<p>6. ท่านดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p>
--

<p>7. ท่านเคยติดยาหรือเสพสารเสพติดให้โทษหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยติด ถ้าเคยโปรดระบุ.....</p>

<p>8. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา..... แพทย์/โรงพยาบาล หรือสถานรักษา.....</p> <p>ปัจจุบันยังมีการรักษาอยู่หรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุ.....</p>
--

<p>9. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ.....</p>
--

