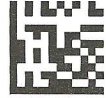




บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทร. : 0 2274 9400, 0 2276 1025 โทรสาร : 0 2276 1997-8
 Muang Thai Life Assurance Public Company Limited
 250 Rachadaphisek Rd., Huaykwang, Bangkok 10310
 Tel. : 0 2274 9400, 0 2276 1025 Fax. : 0 2276 1997-8
 Registration : 0107555000406
 www.muangthai.co.th



BR01

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
 ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบ
 ตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ชื่อผู้ส่งงาน :
 เลขที่ตัวแทน
 ฝ่ายขาย

ใบคำขอเอาประกันภัย P.A. บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....เพศ.....สถานภาพ.....
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน รหัสไปรษณีย์.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
- ข้อมูลส่วนตัว เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง.....
 อายุ.....ปี วัน เดือน ปีเกิด..... ความสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. สัญชาติ.....
- อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานโดยสังเขป.....
 สถานที่ทำงาน..... ที่อยู่ทำงาน.....
 โทรศัพท์.....
- สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ที่ทำงาน
- ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี เริ่มต้นวันที่.....เวลา 12.00 น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 12.00 น.
- ชื่อผู้รับผลประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....
- จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท
- ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังจะยื่นขอประกันภัยดังกล่าวกับบริษัทนี้หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งหมด.....บาท)
 กรณีที่มีมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุเป็นเอกสารแนบมาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัยนี้
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บ
 เบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ?
 ไม่เคย เคย (ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งหมด.....บาท)
 กรณีที่เคยถูกปฏิเสธหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยมากกว่า 1 บริษัท โปรดระบุเป็นเอกสารแนบมาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัยนี้

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?

10.1 โรคลมชัก	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	10.5 โรคกระดูก และ/หรือ กล้ามเนื้อ	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย
10.2 โรคหัวใจ	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	10.6 โรคความดันโลหิตสูง	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย
10.3 โรคมะเร็ง	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	10.7 โรคเบาหวาน	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย
10.4 โรคเอดส์	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย		
 - ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี โปรดระบุ.....
 - ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี โปรดระบุ.....
 - ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้าเคย โปรดระบุ.....
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ

()

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

()

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

สำหรับติดบาร์โค้ด