



เมืองไทยประกันชีวิต

MUANG THAI LIFE ASSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
250 ถนนรัชดาภิเษก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร 0 2274 9400, 0 2761025 แฟกซ์ 0 2276 1997-8
Muang Thai Life Assurance Public Company Limited
250 Rachadaphisek Rd., Huaykwang, Bangkok 10310
Tel. 0 2274 9400, 0 2761025 Fax 0 2276 1997-8

FOR OFFICER USE

ใบรับรองเลขที่
วันที่รับเอกสาร
วันที่มีผลบังคับ

คำเตือน

ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

Warning

from the Office of Insurance Commission

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

In pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated to disclose all statements truthfully. Concealment of any fact or knowingly making any false statement could be a ground for the insurance company to deny contractual claim.

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย ชนิดมีคำถามสุขภาพ
Group Insurance Member Application Form with Detailed Health Questions

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชัดฆ่า ขูดลบ ต้องลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Applicant must validate all amendments and deletions with signature.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท):
Policyholder Name (Company Name)

ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย: (นาย / นาง / นางสาว / เด็กชาย / เด็กหญิง)
Applicant's Full Name (Mr. / Mrs. / Ms. / Master / Miss)

วัน/เดือน/ปีเกิด: อายุ: น้ำหนัก: ส่วนสูง:
Date of Birth (dd/mm/yyyy) Age Weight Height

เพศ: ชาย Male สถานภาพการสมรส: โสด Single สมรส Married
Gender หญิง Female Marital Status หม้าย Widowed หย่า Divorced
วันที่เริ่มงาน:
Date of Employment

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... หนังสือเดินทางเลขที่..... อื่นๆ
Identification Card No. Passport No. Other
ออกให้ ณ Issued at

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ขอเอาประกันภัย:
Residential Address:

โทรศัพท์บ้าน: โทรศัพท์มือถือ:
Home Phone: Mobile Phone:

อาชีพ: ตำแหน่ง: ฝ่าย:
Occupation Position Department

เป็นสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์
Be a member/employee of policyholder
เป็นคู่สมรส หรือ บุตร ของ (ชื่อ)..... ซึ่งเป็น สมาชิก/พนักงานของผู้ถือกรมธรรม์
Be spouse or child of (Name) who is a member/employee of policyholder

ผู้รับประโยชน์ : (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)
Beneficiary: (If the allocation for each beneficiary is not specified, the Company assumes that all allocations are in equal proportion)

Table with 4 columns: ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์, ความสัมพันธ์, ที่อยู่, ร้อยละของผลประโยชน์

หมายเหตุ (Remarks):

ถ้อยแถลงสุขภาพ (Health Declaration)

- 1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรง หรือไม่
2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาดัง ใน โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือ ได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่ได้กล่าวข้างต้น หรือไม่
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้น หรือไม่

4. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่ เคย ไม่เคย
Yes No
Have you ever had any life insurance application or application for life policy renewal declined or increased of its underwriting conditions or postponed underwriting or charged for extra premium?

5. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีความบกพร่องใดๆ ทางร่างกาย หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
Yes No
Are you suffering from any illness or injury or deformity?

6. มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็นวัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรส ของท่านเคย เป็นโรคเอดส์ หรือตรวจพบว่ามีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์หรือไม่ เคย ไม่เคย
Yes No
Has any member of your immediate family ever had tuberculosis, diabetes, heart disease or mental disease or has your spouse suffered from AIDS or had a positive HIV blood test result?

หมายเหตุ: ถ้าคำตอบข้อ 1 – 6 เคยหรือใช่ โปรดระบุเลขที่คำถาม และให้รายละเอียดว่าเป็นโรคอะไร รักษาตัวที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ และในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ กรุณาชี้แจงรายละเอียด **Remark:** If any of the answers to question #1 through #6 is “Yes” or in case of injury as a result of accident, please provide full details below and indicate the question number.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I hereby confirm that every answer I have given in this Group Insurance Member Application is true and correct in all respects. I understand that if I did not declare truthful information, the Company may decline the application and contractual claim.

ข้าพเจ้าขอรับว่าจะไม่ได้รับความคุ้มครองใดๆ จนกว่าบริษัทจะมีการอนุมัติรับประกันใบคำขอเอาประกันภัยนี้
I hereby agree that there shall be no insurance protection until the Company has approved this application.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby give my consent to other physician or insurance company or hospital or clinic that has my medical history or will have in the future, to disclose information pertaining to my health to Muang Thai Life Assurance PCL. or its representatives for the purpose of the Company’s underwriting decision-making or contractual claim payment. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I hereby give my consent to Muang Thai Life Assurance PCL. to collect, use, and disclose information pertaining to my health and my other information to other insurance company or reinsurance company or legal authority or medical profession personnel for the purpose of the Company’s underwriting decision-making or contractual claim payment or medical use.

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
Before signing this application form, please check the answers once again to ensure the completeness of insurance contract.

เขียนที่ Written at..... วันที่ Date.....เดือน Monthพ.ศ. B.E.....

(ลงชื่อ Signed)..... (ลงชื่อ Signed).....
(.....) (.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย Insurance Applicant ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ Consent Grantor as Insurance Applicant’s
 บิดา/มารดา Parents
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย Guardian (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
(In case the insurance applicant is a minor)

สำหรับผู้ถือกรมธรรม์ For Policyholder:
ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยคำตามที่ให้ไว้ตามแบบฟอร์มนี้ สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยได้ตอบคำถามโดยถูกต้องตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ (ประทับตราชื่อหน่วยงาน/บริษัทของผู้ถือกรมธรรม์) I hereby confirm that the statements declared on this form are answered correctly to the best of my knowledge and belief. (Employer’s Company Stamp)
ชื่อนิติบุคคลของผู้ถือกรมธรรม์/พยาน (Corporate Name of the Policyholder /Witness).....
ลงชื่อ Signed

สำหรับเจ้าหน้าที่ For officer use:
กรมธรรม์เลขที่: สมาชิกเลขที่: ประเภทของการประกัน:
ใบรับรองเลขที่: จำนวนเงินเอาประกันภัย: วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ:
ความเห็น Comment: