



คำเตือน

ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

Warning

from the Office of Insurance Commission

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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 สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ Group Insurance Member Application Form without Detailed Health Questions

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ขีดฆ่า ชูตลบ ต้องลงลายมือชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Applicant must validate all amendments and deletions with signature.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน/บริษัท): Policyholder Name (Company Name)			
ชื่อ-นามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย: (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) Applicant's Full Name (Mr./Mrs./Ms./Master/Miss)			
วัน/เดือน/ปี เกิด: Date of Birth (dd/mm/yyyy)	อายุ: Age	น้ำหนัก: Weight	ส่วนสูง: Height
เพศ: <input type="checkbox"/> ชาย Male Gender <input type="checkbox"/> หญิง Female	สัญชาติ: Nationality:	สถานภาพการสมรส: <input type="checkbox"/> โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married Marital Status <input type="checkbox"/> หม้าย Widowed <input type="checkbox"/> หย่า Divorced	
<input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทางเลขที่..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ Identification Card No. Passport No. Other ออกให้ ณ Issued at			
ที่อยู่ของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย The address of the insured:			
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... House Registration Address Village/Building Moo Soi Road แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... Sub District/Tumbol District/Ampur Province Postal Code			
ข. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... Present Adress Village/Building Moo Soi Road แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... Sub District/Tumbol District/Ampur Province Postal Code			
โทรศัพท์บ้าน: Home Phone:		โทรศัพท์มือถือ: Mobile Phone:	
อาชีพ: Occupation	ตำแหน่ง: Position	ฝ่าย: Department	
<input type="checkbox"/> เป็นสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์ วันที่เริ่มงาน..... Be a member/employee of policyholder Date of Employment <input type="checkbox"/> เป็นคู่สมรส หรือ <input type="checkbox"/> 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)			
ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Full Name	ความสัมพันธ์ Relationship	ที่อยู่ Address	ร้อยละของผลประโยชน์ % of Benefit

คำแนะนำ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการพิจารณาประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
(Note: For prompt underwriting, please identify the beneficiaries who have a relationship as parents, spouse, children or relatives who have a blood relationship with the applicant.)

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจและการให้ความยินยอม

Statement, authorization, and consent

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
I hereby confirm that every answer I have given in this Group Insurance Member Application Form and every declaration given to the attending physician are 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.
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ
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.
3. 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.
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
I consent for the Company to store, apply, or disclose fact relating to health and my personal information to the Office of Insurance Commission for the benefit of an insurance supervision.

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 Month..... พ.ศ. B.E.....

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
พยาน/ตัวแทน Witness/Agent

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย Insurance Applicant

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
พยาน/ตัวแทน Witness/Agent

(ลงชื่อ Signed).....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ Consent Grantor as Insurance Applicant's
 บิดา/มารดา Parents
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย Guardian
(กรณีสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
(In case the insurance applicant is a minor)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท/For Office Use Only

การตรวจสอบและพิจารณา Investigation and Consideration	การอนุมัติรับประกัน Approval	บันทึกการแก้ไขเปลี่ยนแปลง Correction
กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่/Group Insurance Policy Number..... วันเริ่มมีผลบังคับของผู้เอาประกันภัย/Policy Effective Date..... ใบรับรองเลขที่/Certificate No..... ออกเมื่อ/Issued On.....		จำนวนเงินเอาประกันชีวิต/GL Benefit.....บาท/BHT จำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ/AD&D Benefit.....บาท/BHT จำนวนเงินเอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/TPI Benefit.....บาท/BHT ประกันสุขภาพแผน/GHS Plan.....