



บันทึกข้อความ

หน่วยงาน สำนักงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี โทร. 3273

ที่ อว 7001.02/ 1297 วันที่ 11 กันยายน 2563

เรื่อง การจัดทำสวัสดิการประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มประจำปี 2564

เรียน รองอธิการบดี/ ผู้ช่วยอธิการบดี/ คณบดี(คณะ/วิทยาลัย)/ ผู้อำนวยการสำนัก/ หัวหน้าสำนักงานสภาสถาบัน/ ประธานสภาคณาจารย์และพนักงาน/ ผู้อำนวยการสำนักงาน

ตามที่ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ได้จัดทำสวัสดิการประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม (ความคุ้มครองแบบผู้ป่วยใน) ให้กับข้าราชการ พนักงานสถาบันที่เปลี่ยนสถานภาพมาจากข้าราชการ พนักงานสถาบัน เงินงบประมาณ-เงินรายได้ (รวมทั้งคู่สมรส+บุตรไม่เกิน 3 คน ของพนักงานเงินงบประมาณ-เงินรายได้) พนักงานสถาบันประเภทพิเศษ และลูกจ้างประจำ ซึ่งกรมธรรม์จะสิ้นสุดในวันที่ 30 กันยายน 2563 นั้น ประกอบกับ มติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารงานบุคคล สจล. ครั้งที่ 9/2563 วันอังคารที่ 1 กันยายน 2563 เห็นชอบคัดเลือก บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นบริษัทประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่ม ประจำปี 2564 โดยเริ่มระยะเวลา ความคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ซึ่งมีรายละเอียดคุ้มครองตาม เอกสารแนบ 1 (แผน1) ทั้งนี้สถาบันจึงขอให้บุคลากรดำเนินการดังนี้

1. บุคลากรและครอบครัวที่ได้รับความคุ้มครอง ต่อเนื่องจากปีก่อน

- กรอกใบสมัครและแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ (เอกสารแนบ 2)
- **โดยไม่ต้องแนบเอกสารใดๆ**

2. บุคลากรและครอบครัวที่ได้รับความคุ้มครอง เป็นปีแรก

- กรอกใบสมัครและแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ (เอกสารแนบ 2)
- แนบเอกสาร ดังนี้

บุคลากร	แนบ	สำเนาบัตรประชาชน
คู่สมรสของบุคลากร	แนบ	สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนสมรส
บุตร (ไม่เกิน 3 คน)	แนบ	สำเนาสูติบัตร และ สำเนาทะเบียนสมรส

ทั้งนี้ ขอให้ทุกหน่วยงาน ตรวจสอบ รวบรวมเอกสารให้ถูกต้องและครบถ้วน พร้อมทั้งจัดทำใบสรุปคู่มือรายชื่อ (ตัวอย่างตามเอกสารแนบ 3) นำส่งกลับมายังสำนักงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานอธิการบดี ชั้น 5 ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563

3. กรณีบุคลากรที่มีความประสงค์ในการทำประกันชีวิตและสุขภาพกลุ่มเพิ่มเติม

ขอให้ท่านแจ้งความประสงค์ในการทำประกันต่อ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยมี รายละเอียด ดังนี้

/การรักษายาบาล.....

ความคุ้มครอง (ภาคสมัครใจ)	ผู้ประสงค์ ต้องอายุไม่เกิน 65 ปี	ค่าเบี้ยบุคลากรชำระเอง
- แผนความคุ้มครองประกันชีวิต และสุขภาพกลุ่ม (แบบผู้ป่วยนอก -OPD)	- บุคลากรและครอบครัวที่ได้รับสิทธิสวัสดิการ	5,500 บาท
- แผนความคุ้มครองประกันชีวิต และสุขภาพกลุ่ม (แบบผู้ป่วยใน -IPD)	- ลูกจ้างรายเดือนเงินรายได้ - ผู้เกษียณอายุราชการ/เกษียณก่อนกำหนด - คู่สมรสและบุตรของข้าราชการ - คู่สมรสและบุตรของพนักงานสถาบันเปลี่ยนฯ - คู่สมรสและบุตรลูกจ้างประจำ - บิดาและมารดาของบุคลากรสถาบันทุกประเภท	4,750 บาท
- แผนความคุ้มครองประกันชีวิต และสุขภาพกลุ่ม (แบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก IPD+OPD)	- ลูกจ้างรายเดือนเงินรายได้ - ผู้เกษียณอายุราชการ/เกษียณก่อนกำหนด - คู่สมรสและบุตรของข้าราชการ - คู่สมรสและบุตรของพนักงานสถาบันเปลี่ยนฯ - คู่สมรสและบุตรลูกจ้างประจำ	10,250 บาท

ทั้งนี้ บริษัทจะมาทำการรับสมัคร และรับชำระค่าเบี้ยประกันใน วันที่ 25, 28, 29 กันยายน 2563
ตั้งแต่เวลา 9.00 น. - 16.30 น. ณ ห้องโถงเอนกประสงค์ชั้น 1 (ใต้ห้องประชุมแคสเสด) สำนักงานอธิการบดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป จะขอบคุณยิ่ง


 (รองศาสตราจารย์ ดร.จารุณ เล้าสินวัฒนา)
 รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนาบุคลากร, ปฏิบัติการแทน
 อธิการบดี

ตารางความคุ้มครองบุคลากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ความคุ้มครอง		ผลประโยชน์และเงื่อนไขความคุ้มครอง	จำนวนเงินอาประกันภัย (บาท)			
			แผน 1	แผน 2	แผน 3	
หลักเกณฑ์การแบ่งแผน			ภาคบังคับ	ภาคสมัครใจ	ภาคสมัครใจ	
					แบบ OPD	
1	การประกันชีวิต กลุ่ม	คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี ตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก <u>ยกเว้น</u> การฆ่าตัวตายในปีแรกของกรมธรรม์และการถูกฆาตกรรมโดยผู้รับประโยชน์	100,000	100,000	100,000	
2	การประกันภัย อุบัติเหตุกลุ่ม อบก. 2.1	คุ้มครองการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิตกลุ่ม)	100,000	100,000	100,000	
		คุ้มครองการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุค่าชดเชยสองเท่า (จ่ายเพิ่มเติมจากการประกันชีวิต)	200%	200%	200%	
		สูญเสียการมองเห็นของตาทั้งสองข้าง โดยสิ้นเชิงถาวร	100%	100%	100%	
		สูญเสียการมองเห็นของตาเพียงข้างเดียว โดยสิ้นเชิงถาวร	100%	100%	100%	
		สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานแขนหรือขาทั้งสองข้าง โดยสิ้นเชิงถาวร	100%	100%	100%	
		สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งานแขนหรือขาเพียงข้างใดข้างหนึ่ง โดยสิ้นเชิงถาวร	100%	100%	100%	
		สูญเสียความสามารถในการพูดและสูญเสียความสามารถในการได้ยินของหูทั้งสองข้าง	100%	100%	100%	
		แขนและขาทั้งหมดเป็นอัมพาตอย่างถาวร โดยไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้อีก	100%	100%	100%	
		สูญเสียความสามารถในการได้ยินของหู โดยสิ้นเชิงถาวร				
		(ก) สำหรับหูทั้งสองข้าง	75%	75%	75%	
		(ข) สำหรับหูเพียงข้างเดียว	25%	25%	25%	
		สูญเสียความสามารถในการพูด	50%	50%	50%	
		สูญเสียแขนขาเพียงข้างเดียว โดยสิ้นเชิงถาวร	50%	50%	50%	
		สูญเสียหรือสูญเสียการใช้งาน โดยสิ้นเชิงถาวรของนิ้วมือนิ้วทั้ง 5 นิ้ว				
		(ก) มือขวา	70%	70%	70%	
		(ข) มือซ้าย	50%	50%	50%	
		การทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุ นับต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน	100%	100%	100%	
<u>ขยายความคุ้มครอง</u>						
- การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์						
- การถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย						
สามารถตรวจสอบประโยชน์อื่นๆของการประกันภัยอุบัติเหตุ อบก.2.1 ตามตาราง รายการทดแทนได้จากกรมธรรม์						

ผลประโยชน์และเงื่อนไขความคุ้มครอง			วงเงินผลประโยชน์ (บาท)			
			แผน 1	แผน 2	แผน 3	
3	การประกันสุขภาพกลุ่มพลัส					
3.1	การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล	ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ก. ค่าห้องและค่าอาหาร ต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 90 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) (สูงสุดไม่เกิน 15 วัน เมื่อรวมกับผลประโยชน์ ค่าห้อง ค่าอาหารประจำวันในข้างต้นแล้วไม่เกิน 90 วัน) ข. ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาล ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง รวมถึง การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก สำหรับการรักษาต่อเนื่องภายใน 31 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล - ค่ารถพยาบาลฉุกเฉิน สำหรับการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง (รวมในข้อ ข.) ค. ค่าธรรมเนียมแพทย์ค่าตัดและหัตถการ ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง (สูงสุดต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) ง. ค่าแพทย์ตรวจรักษาในโรงพยาบาลประจำวันต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 90 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง) จ. ค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินขณะเป็นผู้ป่วยนอก ต่อการบาดเจ็บแต่ละครั้ง สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงนับจากเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ รวมถึงค่ารักษาพยาบาลเนื่องมาจากอุบัติเหตุครั้งเดียวภายใน 31 วัน (จ่ายรวมกับข้อ ข.) ด. ค่าปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง (จ่ายแยกจาก ข้อ ข. หรือ ค. แล้วแต่กรณี)	3,000 6,000 30,000 3,000 22,000 1,500 4,600 1,500	3,000 6,000 30,000 3,000 22,000 1,500 4,600 1,500	3,000 6,000 30,000 3,000 22,000 1,500 4,600 1,500	
3.2	การรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล	การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ครั้งละ (วันละ 1 ครั้ง สูงสุด 31 ครั้งต่อปี กรรมธรรม)	-	-	1,000	
4	ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล	บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลรายวันเต็มจำนวน เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับค่าชดเชยเต็มจำนวนก่อนแล้ว จากการใช้สิทธิกองทุนประกันสังคม โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) หรือ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกันชีวิตรายบุคคล หรือโครงการอื่นๆ ที่บริษัทพิจารณาแล้วว่าเป็นสิทธิประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัย	เท่ากับอัตราค่าห้องและค่าอาหารของผลประโยชน์การรักษาในโรงพยาบาล ตามจำนวนวันที่ผู้เอาประกันภัยรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน			

หมายเหตุ

1. ข้อเสนอฉบับนี้ไม่คุ้มครองสถานะการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่เป็น และยังรักษาไม่หายขาด ในระหว่างเวลา 90 วันก่อนวันที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพนี้ เว้นแต่ได้รับความคุ้มครองประกันสุขภาพกลุ่มมาแล้วต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 12 เดือน (Pre-existing Condition) (เฉพาะผู้เอาประกันภัยรายใหม่ของภาคสมัครใจ)
2. ข้อเสนอฉบับนี้คุ้มครองต่อเนื่องจากบริษัทประกันเดิม สำหรับกลุ่มสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองในเกณฑ์ปกติ (ต้องแสดงหลักฐานการรับประกัน เพื่อประกอบการพิจารณา)
3. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาลสำหรับการใช้สิทธิกองทุนประกันสังคม โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) หรือ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกันชีวิตรายบุคคล หรือโครงการอื่นๆ ที่บริษัทพิจารณาแล้วว่าเป็นสิทธิประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัย หากผู้เอาประกันภัยมีอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บโดยแพทย์ลงความเห็นให้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เป็นเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในและมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลรายวัน เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับค่าชดเชยเต็มจำนวนก่อนแล้วจากกองทุนประกันสังคม, โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) หรือ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกันชีวิตรายบุคคล หรือโครงการอื่นๆ ที่บริษัทพิจารณาแล้วว่าเป็นสิทธิประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัย โดยบริษัทจะจ่ายผลประโยชน์เท่ากับอัตราค่าห้องและค่าอาหารของผลประโยชน์การรักษาในโรงพยาบาล ตามจำนวนวันที่ผู้เอาประกันภัยรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน หรือ เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับค่าชดเชยจากกองทุนประกันสังคม, โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) หรือ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกันชีวิตรายบุคคล หรือโครงการอื่นๆ ที่บริษัทพิจารณาแล้วว่าเป็นสิทธิประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัยบางส่วน ร่วมกับผลประโยชน์การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล บริษัทจะจ่ายชดเชยเฉพาะส่วนต่างของค่าห้องและค่าอาหารที่ยังไม่ได้รับค่าชดเชยเต็มจำนวนของอัตราผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารของผลประโยชน์การรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ บริษัทจะจ่ายให้ไม่เกินจำนวนวันสูงสุดของผลประโยชน์ค่าห้องและค่าอาหารของผลประโยชน์การรักษาในโรงพยาบาลต่อการเจ็บป่วยครั้งใดครั้งหนึ่ง

คุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม

1. ผู้เอาประกันภัยจะต้องมีอายุระหว่าง 15 - 65 ปี และจะต้องสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่เต็มเวลาอย่างแท้จริง และไม่อยู่ระหว่างการรักษาตัว เนื่องจากเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ และจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ณ วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ
3. บุคคลผู้ทำงานไม่เต็มเวลา หรือทำงานชั่วคราว ไม่มีสิทธิทำประกัน ผู้ที่ไม่ได้ทำงานตามปกติในวันที่ผู้นั้นอาจมีสิทธิจะเป็นผู้มีสิทธิในวันที่ผู้นั้นกลับมาทำงานเต็มเวลาโดยมีสุขภาพสมบูรณ์
3. คู่สมรสต้องมีอายุตั้งแต่ 15 - 65 ปีบริบูรณ์ บุตรอายุ ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 20 ปีบริบูรณ์ (ขยายถึงอายุ 25 ปีบริบูรณ์ โดยต้องยังไม่สมรสและกำลังศึกษาอยู่เป็นเวลา)



เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE

16/1 เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL
250 Phloklayuth Rd. Juyjueang, Bangkok 10310
Tel: 02-2774 9000, 02-2775 1025 Fax: 02-2776 1997 E: muangthai.co.th

สังกัด.....

- ☐ บุคลากร
☐ ครอบครัว

คำเตือน

ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

Warning

from the Office of Insurance
Commission

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกัน

ชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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 ชัดว่า ขูดลบ ต้องลงลายมือชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Applicant must validate all amendments and deletions with signature.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน/บริษัท): สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
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: ☐ ชาย Male Gender ☐ หญิง Female	สัญชาติ: Nationality:	สถานภาพการสมรส: ☐ โสด Single ☐ สมรส Married Marital Status ☐ หม้าย Widowed ☐ หย่า Divorced
---	--------------------------	---

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ☐ หนังสือเดินทางเลขที่..... ☐ 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 Address 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
----------------------	----------------------	---------------------

☐ เป็นสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์ วันที่เริ่มงาน.....
Be a member/employee of policyholder Date of Employment

☐ 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)

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Full Name	ความสัมพันธ์ Relationship	ที่อยู่ Address	ร้อยละของผลประโยชน์ % of Benefit

คำแนะนำ เพื่อให้การเกิดความรวดเร็วในการพิจารณาประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต
กับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย)

(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

- 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.
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ อย่างหนึ่ง 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.
- 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.
- 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.....		จำนวนเงินเอาประกันภัยชีวิต/GL Benefit.....บาท/BHT จำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ/AD&D Benefit.....บาท/BHT จำนวนเงินเอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/TPI Benefit.....บาท/BHT ประกันสุขภาพแผน/GHS Plan.....

[illegible]

[illegible]