

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
Proposal for NKI PA Standard

1. ผู้เอาประกันภัย : ชื่อ เพศ

The Proposer : Name Sex

ที่อยู่

Address

รหัสไปรษณีย์ โทร.

Post Code Tel.

บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ บัตรต่างด้าว หนังสือเดินทาง

Identity card Government card Alien Certificate Passport

เลขที่ (NO)ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ (Issued at)

จังหวัด (Province)ประเทศ (Country)

อายุ /Age	วัน /เดือน/ ปีเกิด/Date of Birth	ความสูง / Height	น้ำหนัก / Weight	สัญชาติ / Nationality

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง

Present Occupation Position

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ชั้นอาชีพ :

Job description Occupation Class :

เงินเดือน/ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละบาท (Baht)

รายได้อื่นๆ (Others) ปีละบาท (Baht) แหล่งที่มา (Source)

(การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแถลงข้อเท็จจริง)

ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง

Employer's Name Employer's Business

ที่อยู่ของนายจ้าง

Employer's Address

รหัสไปรษณีย์ โทร.

Post Code Tel.

2. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน

Beneficiary : Name Age Relationship to the Proposer

ที่อยู่

Address

รหัสไปรษณีย์ โทร.

Post Code Tel.

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.

Period of Insurance required : From at hours. To at 12.00 hours.

4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ

Sum Insured required

<p style="text-align: center;">ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement</p>	<p style="text-align: center;">จำนวนเงินเอา ประกันภัย Sum Insured</p>	<p style="text-align: center;">ความรับผิดชอบ ส่วน แรก Deductible</p>	<p style="text-align: center;">(บริษัทกรอก Company fill in) เบี้ยประกันภัย Premium</p>
---	---	--	--

สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง

For coverage in Item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A. 2

ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพสิ้นเชิง (อ.บ.1)

Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A.1)

ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2)

Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight Hearing Speech or Permanent Disability (P.A.2)

ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์

Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks

ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์

Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks

ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง

Item 4. Medical Expenses Each Accident

เบี้ยประกันภัยสำหรับเพิ่มเติม Addition Premium

ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount

เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium

ภาษี Tax

อากร Stamps

เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium

5. ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้

Please include coverage on additional hazards as follows :

การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์

Driving of or riding as a passenger on motorcycles

การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่ไม่ได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์

Traveling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline

การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล

Strike Riot and Civil Commotion

การเล่นหรือแข่งขันกีฬาอันตราย

Playing or racing dangerous sport

การสงคราม ฯลฯ

War etc.

6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ ?

Do you have or have proposed for personal accident insurance or Life insurance with company or any

other company ?

ไม่มี (No)

มีหรือได้ขอ (yes) บริษัท (Company)จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum Insured)

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง (If yes, please state)

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือ

ถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ?

Have you ever been cancelled life insurance or personal accident insurance or had your insurance
Cancelled or had renewal declined or had additional premium imposed for such insurance ?

ไม่มี (No)

มีหรือได้ขอ (yes) บริษัท (Company)จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum Insured)

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง (If yes, please state)

8. ท่านขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์หรือไม่ ? ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
Do you drive or ride as a passenger on motorcycle ? (No) (Occasionally) (Regularly)

9. มานดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ? ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ
Do you take or consume alcoholic drinks ? (No) (Occasionally) (Regularly)

10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ?
In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized ?

ไม่เคย (No)

เคย (yes) ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง (If yes, please state)

ระยะเวลา Period of Treatment

ลักษณะการบาดเจ็บ Nature of injury.....

ผลการรักษา Result of Treatment

แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา Physician/Hospital or Polyclinic

11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?

Do you have or have ever been treated for ?

ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) ไม่ (No) เคย (Yes)

ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) ไม่ (No) เคย (Yes)

ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ไม่ (No) เคย (Yes)

ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ไม่ (No) เคย (Yes)

จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ไม่ (No) เคย (Yes)

ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) ไม่ (No) เคย (Yes)

ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) ไม่ (No) เคย (Yes)

12. ท่านมีความผิดปกติทางสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ? ไม่ (No) เคย (Yes)

Do you have defects in eyesight or hearing ?

ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :

13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่ ? ไม่ (No) เคย (Yes)

Do you have any disabled part of your body ?

ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :

14. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ? ไม่ (No) เคย (Yes)

Have you ever taken narcotic drugs ?

ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :

15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ? ไม่ (No) เคย (Yes)

Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs ? ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of
the contract between me/us and the Company.

.....
(.....)	(.....)	(.....)
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์	ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
Written by	Proposer's Signature	Legal Representative's Signature
	วันที่เดือนพ.ศ.	
	Date	

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: โปรดตอบคำถามตามความจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

NOTES FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMISSION

IMPORTANT NOTE PURSUANT TO: ARTICLE 865 OF THE CIVIL & COMMERCIAL CODES, YOU ARE TO DISCLOSE IN THIS PROPOSAL FORM, FULLY AND FAITHFULLY, ALL THE FACTS WHICH