

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ชื่อแผน : .....

1	<p><b>ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย</b></p> <p>ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.) ..... นามสกุล ..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (กรณีเป็นชาวต่างประเทศ)</p> <p>เลขที่ ..... ออกให้ ณ เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... ประเทศ .....</p> <p>วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../..... อายุ ..... ปี ความสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก. สัญชาติ .....</p> <p>สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่บ้าน ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน .....</p> <p>ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....</p> <p>โทรศัพท์ (บ้าน) ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....</p> <p>อาชีพปัจจุบัน <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> เจ้าของธุรกิจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ .....</p> <p>ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน ..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป .....</p> <p>..... บริษัท .....</p> <p>ที่อยู่ทำงาน เลขที่ ..... อาคาร/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....</p> <p>อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....</p> <p>รายได้ประจำที่เสียภาษีเงินได้ (เงินเดือน/ค่าจ้าง/ผลตอบแทน) ปีละ ..... บาท</p> <p>รายได้อื่นๆ ที่เสียภาษีเงินได้ (นอกเหนือจากรายได้ประจำ) ปีละ ..... บาท แหล่งที่มา/หน่วยงาน .....</p>		
2	<p>ผู้รับประโยชน์ : <input type="checkbox"/> ทายาทตามกฎหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> ระบุชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.) ..... นามสกุล .....</p> <p>ที่อยู่ .....</p> <p>..... โทรศัพท์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย .....</p>		
3	<p>ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ ...../...../..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ...../...../..... เวลา 16.30 น.</p>		
4	<p>จำนวนเงินขอเอาประกันภัย / แบบ / ความคุ้มครองที่ท่านตัดสินใจเลือก : .....</p>		
5	<p>ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ (ไม่รวมใบคำขอฉบับนี้) ?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแถลงรายละเอียด (หากแถลงรายละเอียดไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)</p>		
	บริษัท	ระยะเวลาเอาประกันภัย / วันที่ขอเอาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
			ประกันภัยอุบัติเหตุ
			ประกันชีวิต
	5.1		
	5.2		
	5.3		
	5.4		
	5.5		
	<p>จำนวนเงินเอาประกันภัย : บริษัทขอสงวนสิทธิปฏิเสธการรับประกันภัยหากข้อมูลที่แถลงข้างต้นคลาดเคลื่อนไม่ตรงกับข้อมูลความจริง โดยบริษัทมีหลักเกณฑ์การพิจารณาจำนวนเงินเอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ รวมกับจำนวนเงินเอาประกันภัยที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทและกับบริษัทอื่นสูงสุดทุกฉบับไม่เกิน 100 เท่าของรายได้ทั้งหมดต่อเดือน (รายได้ประจำและรายได้อื่นๆ) ที่เสียภาษีเงินได้</p>		
6	<p>ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ถ้าเคยโปรดแถลงรายละเอียด)</p> <p>บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท เดือน/ปี ..... สาเหตุ .....</p> <p>บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท เดือน/ปี ..... สาเหตุ .....</p> <p>บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท เดือน/ปี ..... สาเหตุ .....</p>		

7	ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ขับขี่ไม่เป็น <input type="checkbox"/> ขับขี่หรือโดยสารเป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ขับขี่หรือโดยสารเป็นประจำ
8	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม/ดื่มไม่เป็น <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นประจำ หากดื่มเป็นประจำ โปรดระบุ ชนิด ..... ปริมาณ ..... ซีซี./ครั้ง ความถี่ ..... ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ..... ปี
9	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง จำนวน ..... ครั้ง วันที่เข้ารับการรักษา ..... ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม จำนวน ..... วัน ลักษณะการบาดเจ็บ ..... ผลการรักษา ..... แพทย์ / โรงพยาบาลหรือสถานรักษา ..... (หากแสดงรายละเอียดไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
10	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เป็น/ไม่เคย <input type="checkbox"/> เป็น/เคย ถ้าเป็น/เคย โปรดระบุโรค/อาการ ..... เดือน/ปีที่รับการรักษา ..... วิธีการรักษา ..... ผลการรักษา ..... แพทย์ / โรงพยาบาลหรือสถานรักษา ..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
11	ท่านมีความผิดปกติของสายตา ประสาทหู หรือมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติ หรือพิการหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ ..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
12	ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ ..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
<p><b>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท</b></p> <p><b>“ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่”</b></p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ .....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 30%;"> <p>.....</p> <p>( ..... )</p> <p>ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>.....</p> <p>( ..... )</p> <p>ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>.....</p> <p>( ..... )</p> <p>ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....</p>	
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย <b>ใบอนุญาตเลขที่</b> .....	
<p><b>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ( คปภ. ) :</b></p> <p>ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบ สัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p>	