

ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

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 โดยบริษัทมีหลักเกณฑ์การพิจารณาจำนวนเงินเอาประกันภัยตามกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ 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>		

