



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวร์نس
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรตน์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร / Tax ID. 0100522000494

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับผู้เอาประกันภัยเฉพาะกลุ่ม สำหรับการขายผ่านทางโทรศัพท์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับผู้เอาประกันภัยเฉพาะกลุ่ม สำหรับการขายผ่านทางโทรศัพท์วันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลคุ้มครอง เวลา วันสิ้นสุดความคุ้มครอง เวลา 24.00 น. โดยยินยอมจะให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยตามความคุ้มครองที่ข้าพเจ้าเลือก

1.) รายละเอียดข้อมูล

ชื่อ/สกุลผู้ขอเอาประกันภัย วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่

โทร (ที่บ้าน) โทร (ที่ทำงาน) โทร (มือถือ)

อาชีพ ตำแหน่ง ชื่อบริษัท

2.) ข้อตกลงคุ้มครอง/ ผลประโยชน์ จำนวนเงินเอาประกันภัย และเบี้ยประกันภัยตามแผน

ตามความคุ้มครองที่เลือก

ข้อตกลงคุ้มครอง/ ผลประโยชน์	จำนวนเงินเอาประกันภัย ต่อผู้ได้รับความคุ้มครอง

โดยชำระเบี้ยประกันภัยจำนวน บาท เป็น ☐ ราย เดือน ☐ รายปี

หมายเหตุ

- เบี้ยประกันภัยดังกล่าวได้รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว
- (เบี้ยประกันภัยถืออายุตามวันเกิด ณ ปีทำสัญญาประกันภัย)
- (เบี้ยประกันภัยจะเปลี่ยนแปลงเมื่อผู้ได้รับความคุ้มครองมีอายุสูงขึ้น ตามเอกสารตารางเบี้ยประกันภัยที่แนบท้ายใบคำขอเอาประกันภัยนี้)

(ข้อความในวงเล็บ 2 บรรทัดข้างบนจะปรากฏเฉพาะการขายที่มีข้อตกลงคุ้มครอง PATM4)

3.) ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

☐ หักจากบัญชีบัตรเครดิต

เลขที่บัตรเครดิต □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ วันบัตรหมดอายุ

ลายมือชื่อผู้ถือบัตรอนุมัติการเรียกเก็บเงิน (ตามด้านหลังบัตร)

☐ หักจากบัญชีออมทรัพย์ธนาคาร

สาขา

เลขที่บัญชี □□□□ - □ - □□□□□□ - □

☐ ชำระโดยเงินสดผ่านธนาคารหรือจุดชำระเงินต่างๆ

☐ วิธีอื่นๆ



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวร์نس
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรตน์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

4.) รายชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง กรณีมีผู้ขอเอาประกันภัยมากกว่า 1 คน

- 4.1) ชื่อ-สกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด
- 4.2) ชื่อ-สกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด
- 4.3) ชื่อ-สกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด
- 4.4) ชื่อ-สกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด

5.) รายชื่อผู้รับประกันภัย

- 5.1) ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์.....
- 5.2) ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์.....
- 5.3) ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์.....
- 5.4) ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์.....

เอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ออกให้โดยการพิจารณาถึงถ้อยแถลงต่าง ๆ ของผู้ขอเอาประกันภัยที่ไว้กับบริษัทผ่านทางโทรศัพท์เมื่อวันที่.....จึงขอให้ผู้ขอเอาประกันภัยตรวจสอบว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้องหรือไม่ หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความเป็นจริงโปรดแจ้งบริษัทเพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามหากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับการกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท ในกรณีเช่นนี้ให้ถือว่ากรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ไม่มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่เริ่มต้นของระยะเวลาประกันภัย ตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ประกันภัยโดยบริษัทไม่ต้องรับผิดชอบความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนตามวิธีที่บริษัทได้รับให้แก่ผู้เอาประกันภัย (หากหักจากบัญชีธนาคาร หรือบัตรเครดิต ก็จะคืนกลับไปบัญชีธนาคาร หรือบัตรเครดิตแล้วแต่กรณี) ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้

หากผู้เอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้องและจะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะไม่สามารถเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยได้ หรือได้รับการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน และท่านยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของท่านต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง Direct	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย Broker	ใบอนุญาตเลขที่
---	--	--	----------------------

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้าง สัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865