

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล KPI PA Protect

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
- วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ.....
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ 1)..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... สัดส่วน%
ผู้รับผลประโยชน์ 2)..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... สัดส่วน%
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ เพื่อเลือกแผนความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือสาวยตาโดยถาวรสิ้นเชิง หรือการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก				
- อุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	300,000	500,000
- การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	50,000	100,000	150,000	250,000
- การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	150,000	250,000
2. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	20,000	30,000	50,000
3. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	5,000	10,000	15,000	25,000
4. การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 365 วัน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500	500	1,000	2,000
5. การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ICU เนื่องจากอุบัติเหตุ ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 7 วัน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000	1,000	2,000	4,000
เบี้ยประกันรายปี (รวมอากรแสตมป์)				
อายุ 20-30 ปี	<input type="checkbox"/> 799	<input type="checkbox"/> 1,158	<input type="checkbox"/> 1,741	<input type="checkbox"/> 2,909
อายุ 31-40 ปี	<input type="checkbox"/> 820	<input type="checkbox"/> 1,204	<input type="checkbox"/> 1,811	<input type="checkbox"/> 3,024
อายุ 41-50 ปี	<input type="checkbox"/> 843	<input type="checkbox"/> 1,249	<input type="checkbox"/> 1,880	<input type="checkbox"/> 3,140
อายุ 51-60 ปี (อายุ 61-65 ปี สำหรับกรณีต่ออายุเท่านั้น)	<input type="checkbox"/> 866	<input type="checkbox"/> 1,296	<input type="checkbox"/> 1,949	<input type="checkbox"/> 3,254

****ผู้เอาประกันภัย 1 ท่าน สามารถซื้อกรมธรรม์ประกันภัยได้ 1 ฉบับเท่านั้น****

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยเลือกชำระเบี้ยประกันภัยโดยวิธี ☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ผ่านบัตรเครดิต
หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ..... จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับ
ระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด บาท (รวมอากรแสตมป์)

ประวัติสุขภาพ

1. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือ บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดระบุ) บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือไม่
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดระบุ) บริษัท.....
3. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE / DLE หรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัย ผ่านช่องทางต่างๆที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิประโยชน์ ผลตอบแทนประกันภัยหรือบริการต่างๆรวมถึงแจ้งข่าวสารของบริษัทฯและ/หรือบริษัทคู่ค้าทางธุรกิจที่จะมีขึ้นในอนาคต

แบบที่ 1 กรณี ผู้มีเงินได้ ชื้อประกันภัยให้กับตนเอง

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
- ☐ ไม่มีความประสงค์

แบบที่ 2 กรณี ผู้มีเงินได้ ชื้อประกันภัยให้กับบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ ยินยอมให้บริษัทประกันภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(

)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

.....
()

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....

()

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธ การจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้