



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล “อุ่นใจ”

1. ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ที่ ซอย อาคาร/หมู่บ้าน

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์

☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประจำคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่

ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ จังหวัด ประเทศ

****กรุณานำใบสำเนาบัตรประจำตัว เพื่อเป็นหลักฐานการแสดงตนก่อนทำธุรกรรมกับบริษัท ตาม พรบ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 ****

วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง (เซ็นติเมตร) น้ำหนัก (กิโลกรัม)

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป

..... ชั้นอาชีพ รายได้ต่อปี

2. ผู้รับประกันภัย

2.1 ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

เบอร์โทร ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ☐ ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

2.2 ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

เบอร์โทร ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ☐ ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1ปี)

เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

4. แผนความคุ้มครอง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าแผนความคุ้มครองที่ต้องการ (สำหรับอายุ 15 – 65 ปี และจำกัด 1 คน 1 แผนเท่านั้น)

ความคุ้มครองและผลประโยชน์	<input type="checkbox"/> แผนอุ่นใจ 1	<input type="checkbox"/> แผนอุ่นใจ 2	<input type="checkbox"/> แผนอุ่นใจ 3
1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1)	300,000 บาท	500,000 บาท	1,000,000 บาท
2. การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000 บาท	500,000 บาท	1,000,000 บาท
3. การถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้ายร่างกาย	300,000 บาท	500,000 บาท	1,000,000 บาท
4. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย (กรณีเจ็บป่วยมีระยะเวลารอคอย 180 วัน)*	30,000 บาท	50,000 บาท	50,000 บาท
5. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	30,000 บาท	50,000 บาท	100,000 บาท
6. การชดเชยรายได้ระหว่างเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 365 วันต่ออุบัติเหตุ)**	300 บาทต่อวัน	500 บาทต่อวัน	1,000 บาทต่อวัน
เบี้ยประกันภัยต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว)	1,700 บาท	2,700 บาท	4,250 บาท

หมายเหตุ : *ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการงานศพ ซึ่งหมายรวมถึง ค่าโลงศพ การเผาศพ หรือฝังศพ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อการนั้น ซึ่งบริษัทจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (กรณีเจ็บป่วยมีระยะเวลารอคอย 180 วัน นับจากวันเริ่มคุ้มครอง)

**การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล เวชกรรมติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาการบาดเจ็บนั้น ๆ และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วต่อมาเสียชีวิตก่อนครบ 6 ชั่วโมง



5. ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

- 5.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มีหรือได้ขอ
ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด กรมธรรม์
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
- 5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย
หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย
ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
- 5.3 ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย
ถ้าเคยโปรดแจ้ง ลักษณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา
..... แพทย์/รพ.หรือสถานที่รักษา
- 5.4 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? (โรคลมชัก, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคกระดูกและ/หรือ
กล้ามเนื้อ, โรคเมเรียม, โรคเอดส์) ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุชื่อโรค.....
- 5.5 ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ
- 5.6 ท่านมีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ
- 5.7 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
- 5.8 ท่านขับขีหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
- 5.9 ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ
- 5.10 ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในฐานะเป็น
ผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ **มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการ
ที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่า
ด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

☐ **ไม่มีความประสงค์**

() () ()
ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
(วันที่ เดือน พ.ศ.)

☐ ประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

**ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865**