



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)			
<input type="checkbox"/> MORE FUN แผน.....		<input type="checkbox"/> SAVED PAY แผน.....	
1	<div>ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ ..... เพศ ..... สัญชาติ / Nationality .....</div> <div>ที่อยู่ ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร.....</div> <div>( ) บัตรประชาชน ( ) บัตรข้าราชการ ( ) ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ( ) หนังสือเดินทาง</div> <div>เลขที่ (No.) ..... ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ ..... จังหวัด ..... ประเทศ .....</div> <div>อายุ / Age ..... วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ..... ความสูง / Height ..... น้ำหนัก / Weight .....</div> <div>อาชีพปัจจุบัน ..... ตำแหน่ง .....</div> <div>Job Description</div> <div>เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ..... ปีละ ..... บาท (Baht)</div> <div>รายได้อื่น ๆ (Others) ..... ปีละ ..... บาท (Baht)</div>		
2	<div>ผู้รับประกันประโยชน์: ชื่อ ..... อายุ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....</div> <div>ที่อยู่ ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร.....</div>		
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา ..... น.		
4	<div>ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ ? ( ) ไม่มี ( ) มีหรือได้ขอ</div> <div>บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง.....</div>		
5	<div>ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ</div> <div>การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่มเติมสำหรับการประกันดังกล่าวหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย</div> <div>บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... ถ้าเคยโปรดแจ้ง .....</div>		
6	<div>ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว ( ) ไม่เคย (No) ( ) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง</div> <div>ในโรงพยาบาลหรือไม่ ? ระยะเวลา..... ลักษณะการบาดเจ็บ .....</div> <div>ผลการรักษา ..... แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา .....</div>		
7	<div>ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?</div> <div>ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes)</div> <div>ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes)</div> <div>ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes)</div> <div>ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes)</div> <div>จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes)</div> <div>ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes)</div> <div>ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes)</div> <div>ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ .....</div> <div>ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ .....</div> <div>ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ .....</div> <div>ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ .....</div>		
<div>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท</div> <div>(.....) วันที่.....</div> <div>ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย</div>			
<div>หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม</div> <div>ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม</div> <div>ตัวแทน ..... นายหน้าประกันภัยนี้ .....</div> <div>Agent ..... Broker .....</div>			
<div>คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์</div> <div>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</div> <div>REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE</div> <div>Give answers to all questions above truthfully otherwise th company may have caused to deny liability under the policy in accordance with</div> <div>section 865 of the Civil &amp; Commercial Code.</div>			