



## ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

\*\* สำหรับแผนความคุ้มครอง ABC และ แผนอื่นใด 24 ชม

1.	ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว _____ นามสกุล _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร _____ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ วันหมดอายุ _____ อายุ _____ ปี วัน-เดือน-ปี เกิด _____ อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ รายได้ต่อเดือน <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 10,000 บาท <input type="checkbox"/> 25,000 – 50,000 บาท <input type="checkbox"/> 50,000 – 100,000 บาท <input type="checkbox"/> มากกว่า 100,000 บาท (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาการรายได้ของผู้เอาประกันภัย ดังนั้นโปรดแจ้งตามความเป็นจริง) <b>** กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัว เพื่อเป็นหลักฐานการแสดงตนก่อนทำธุรกรรมกับบริษัท ตาม พรบ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542 **</b>
2.	ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ - สกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย : _____ ชื่อ - สกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย : _____ (ในกรณีต้องการระบุผู้รับประโยชน์มากกว่าหนึ่งคน สามารถทำได้โดยเขียนหรือพิมพ์ในกระดาษอื่นและแนบกับใบคำขอนี้)
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 16.30 น.
4.	แผนประกันภัย : โปรดทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> หน้าความคุ้มครองที่ต้องการ <input type="checkbox"/> อบ.1 <input type="checkbox"/> อบ.2 กลุ่ม <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C และทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> เลือกแผนความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> แผน 1 ทุนประกัน 100,000 บาท <input type="checkbox"/> แผน 2 ทุนประกัน 200,000 บาท <input type="checkbox"/> แผน 3 ทุนประกัน 300,000 บาท <input type="checkbox"/> แผน 4 ทุนประกัน 400,000 บาท <input type="checkbox"/> แผน 5 ทุนประกัน 500,000 บาท เบี้ยประกันภัย _____
5.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ โปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
6.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัย เพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
7.	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ลักษณะการบาดเจ็บ _____ ผลการรักษา _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา _____
8.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? (ลมชัก, หัวใจ, เอดส์, มะเร็ง, เบาหวาน, ดับแข็ง, ความดันโลหิตสูง, ไวรัสตับอักเสบบี, โรคกระดูก และหรือกล้ามเนื้อ, พิษสุราเรื้อรัง, สารเสพติดให้โทษรุนแรง) <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุชื่อโรค _____
9.	ท่านมีหรือมีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายพิการหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____
10.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____
11.	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจ  
 แก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใด  
 ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินการธุรกิจประกันภัย

สำหรับบริษัท : ชื่อผู้ส่งงาน.....  
 รหัสตัวแทน.....  
 โทรศัพท์.....

.....  
 (.....)  
 ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
 วันที่...../...../.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (กปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธการรับประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865