

ใบคำขอเอาประกันภัย แผน KPI PA Happy Family

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัยหลัก

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย : เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ : โทรศัพท์.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี อาชีพ : ลักษณะงานที่ทำ :
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ : 1)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 2)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 3)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 4)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%

ข้อมูลส่วนตัวคู่สมรส

1. ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส : เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี อาชีพ : ลักษณะงานที่ทำ :
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ : 1)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 2)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 3)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 4)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%

ข้อมูลส่วนตัวบิดา

1. ชื่อ-นามสกุล บิดา : เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี อาชีพ : ลักษณะงานที่ทำ :
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ : 1)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 2)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 3)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 4)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%

ข้อมูลส่วนตัวมารดา

1. ชื่อ-นามสกุล มารดา : เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี อาชีพ : ลักษณะงานที่ทำ :
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ : 1)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 2)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 3)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%
ผู้รับผลประโยชน์ : 4)..... ความสัมพันธ์ : สัดส่วน :%

ข้อมูลส่วนตัวบุตร ลำดับที่ 1

1. ชื่อ-นามสกุล บุตร : เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี สถานะ :
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 1 : ความสัมพันธ์ :
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 2 : ความสัมพันธ์ :
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 3 : ความสัมพันธ์ :
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 4 : ความสัมพันธ์ :

ข้อมูลส่วนตัวบุตร ลำดับที่ 2

1. ชื่อ-นามสกุล บุตร : เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี สถานะ :
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 1 : ความสัมพันธ์ :
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 2 : ความสัมพันธ์ :
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 3 : ความสัมพันธ์ :
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์คนที่ 4 : ความสัมพันธ์ :

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่/...../..... เวลา น. สิ้นสุดวันที่/...../..... เวลา 16.30 น.

- หมายเหตุ :**
1. สงวนสิทธิ์ ผู้ได้รับความคุ้มครอง 1 ท่าน จะได้รับความคุ้มครองเพียง 1 ฉบับ เท่านั้น
 2. สงวนสิทธิ์เฉพาะผู้ได้รับความคุ้มครองที่มีสัญชาติไทย เท่านั้น
 3. กรณีที่บิดา มารดา ซื้อความคุ้มครองพร้อมกันทั้งคู่ จำนวนเงินเอาประกันภัยสำหรับแต่ละคน จะลดเหลือเพียง 50%
 4. กรณีที่บิดา มารดา ซื้อความคุ้มครองเพียงคนเดียว จำนวนเงินเอาประกันภัย จะเท่ากับผู้เอาประกันภัยหลัก
 5. บุตรแต่ละคน จะได้รับความคุ้มครอง 25% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยในทุกข้อตกลงคุ้มครอง โดยไม่คิด เบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม

คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยหลัก และคู่สมรส ต้องมีอายุ 20-60 ปีบริบูรณ์ (61-65 ปีบริบูรณ์ สำหรับรายต่ออายุเท่านั้น)
2. บุตร หมายถึง บุตรตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย ซึ่งยังมีได้สมรส และมีอายุตั้งแต่ 5- 20 ปีบริบูรณ์
3. บิดา มารดา ต้องมีอายุไม่เกิน 75 ปีบริบูรณ์

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ เพื่อเลือกแผนความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย ต่อคน			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)				
1.1 กรณี อุบัติเหตุทั่วไป	200,000	400,000	600,000	800,000
1.2 กรณี ถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	200,000	300,000	400,000
1.3 กรณี ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	200,000	300,000	400,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุสาธารณะ (ไม่รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)				
2.1 กรณี อุบัติเหตุทั่วไป	400,000	800,000	1,200,000	1,600,000
2.2 กรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	400,000	600,000	800,000
3. ค่ารักษาพยาบาล ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง				
3.1 กรณีอุบัติเหตุทั่วไป รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	20,000	40,000	60,000	80,000
3.2 กรณี ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	10,000	20,000	30,000	40,000
4. ผลประโยชน์ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (ไม่รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	10,000	10,000	10,000
เบี้ยประกันรายปี (รวมอากรแสตมป์)	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
ผู้เอาประกันภัยหลัก	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 1,980	<input type="checkbox"/> 2,750	<input type="checkbox"/> 3,520
ผู้เอาประกันภัยหลัก+คู่สมรส+บุตร 2 คน (ฟรี)	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 3,960	<input type="checkbox"/> 5,500	<input type="checkbox"/> 7,040
ผู้เอาประกันภัยหลัก+บิดา และ/หรือมารดา+บุตร 2 คน (ฟรี)	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 3,960	<input type="checkbox"/> 5,500	<input type="checkbox"/> 7,040
ผู้เอาประกันภัยหลัก+คู่สมรส+บิดา และ/หรือมารดา+บุตร 2 คน (ฟรี)	<input type="checkbox"/> 3,600	<input type="checkbox"/> 5,940	<input type="checkbox"/> 8,250	<input type="checkbox"/> 10,560

** บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อ 1-2 เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น**

**ผู้เอาประกันภัย 1 ท่าน สามารถซื้อ- กรรมธรรม์ประกันภัยได้ 1 ฉบับเท่านั้น- **

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเลือกชำระเบี้ยประกันภัยโดยวิธี

☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ผ่านบัตรเครดิต หมายเลขบัตรเครดิต :บัตรหมดอายุ :

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด (รวมอากรแสตมป์) :บาท

ใบคำขอเอาประกันภัย แผน KPI PA Happy Family หน้า 3/7

1. ประวัติสุขภาพผู้เอาประกันภัยหลัก

1. ท่านหรือนุคคลในครอบครัว มีหรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

3. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

2. ประวัติสุขภาพคู่สมรส

1. ท่านหรือนุคคลในครอบครัว มีหรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

3. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

3. ประวัติสุขภาพบิดา

1. ท่านหรือนุคคลในครอบครัว มีหรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

3. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

4. ประวัติสุขภาพบุตรคนที่ 1

1. ท่านหรือนุคคลในครอบครัว มีหรือได้ขอเอาประกันสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

3. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

5. ประวัติสุขภาพบุตรคนที่ 2

1. ท่านหรือนุคคลในครอบครัว มีหรือได้ขอเอาประกันสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

3. ท่านหรือนุคคลในครอบครัวกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยและตัวแทนของผู้เอาประกันภัยรายอื่น (“ผู้เอาประกันภัย”) ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัยผ่านช่องทางต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิประโยชน์ ผลตอบแทนประกันภัยหรือบริการต่างๆ รวมถึงแจ้งข่าวสารของบริษัทฯ และ/หรือบริษัทคู่ค้าทางธุรกิจที่จะมีขึ้นในอนาคต

แบบที่ 1 กรณี ผู้มีเงินได้ ชื้อประกันภัยให้กับตนเอง

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อ กรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
- ☐ ไม่มีความประสงค์

แบบที่ 2 กรณี ผู้มีเงินได้ ชื้อประกันภัยให้กับบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้
ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ ยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ☐ ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

.....
()

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

.....
()

ใบคำขอเอาประกันภัย แผน KPI PA Happy Family หน้า 6/7

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

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้