



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)

☐ วิน แผน.....

☐ วัลไฮ แผน.....

☐ รุ่นใหญ่ แผน.....

1

ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ

เพศ

สัญชาติ / Nationality

ที่อยู่

รหัสไปรษณีย์

โทร.....

() บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว () หนังสือเดินทาง

เลขที่ (No.)

ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ

จังหวัด

ประเทศ

อายุ / Age

วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth

ความสูง / Height

น้ำหนัก / Weight

อาชีพปัจจุบัน

ตำแหน่ง

Job Description

เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage)

ปีละ

บาท (Baht)

รายได้อื่น ๆ (Others)

ปีละ

บาท (Baht)

(การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแสดงข้อเท็จจริง)

ชื่อนายจ้าง

กิจการของนายจ้าง

Employer's Name

Employer's Business

ที่อยู่ของนายจ้าง

รหัสไปรษณีย์

โทร.

Employer's Address

Post Code

Tel.

2

ผู้รับผลประโยชน์: ชื่อ

อายุ

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ที่อยู่

รหัสไปรษณีย์

โทร.....

3

ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา

น.

สิ้นสุดวันที่..... เวลา

น.

4

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? () ไม่มี () มีหรือได้ขอ

บริษัท

จำนวนเงินเอาประกันภัย

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง.....

5

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ

การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? () ไม่เคย () เคย

บริษัท

จำนวนเงินเอาประกันภัย

ถ้าเคยโปรดแจ้ง

6

ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว () ไม่เคย (No) () เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง

ในโรงพยาบาลหรือไม่?

ระยะเวลา.....

ลักษณะการบาดเจ็บ

ผลการรักษา

แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา

7

ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) () ไม่ (No) () เคย (Yes)

ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) () ไม่ (No) () เคย (Yes)

ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) () ไม่ (No) () เคย (Yes)

ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus) () ไม่ (No) () เคย (Yes)

จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) () ไม่ (No) () เคย (Yes)

ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) () ไม่ (No) () เคย (Yes)

ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) () ไม่ (No) () เคย (Yes)

ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ

ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่? () ไม่ (No) () มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ

ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ

ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่? () ไม่ (No) () เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์

และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

(.....) วันที่.....

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม

ตัวแทน

นายหน้าประกันภัยรายนี้

Agent

Broker

ค่าเดือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามกฎหมายประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE

Give answers to all questions above truthfully otherwise th company may have caused to deny liability under the policy in accordance with

section 865 of the Civil & Commercial Code.