

ใบคำขอเอาประกันภัย แผน KPI PA Worry Free

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

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

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

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ เพื่อเลือกแผนความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุทั่วไป	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000
3. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000
4. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป จากอุบัติเหตุ (ไม่รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	20,000	30,000	50,000	70,000	100,000
5. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	10,000	15,000	25,000	35,000	50,000
อายุ 15-65 ปีบริบูรณ์					
เบี้ยประกันรายปี (รวมอากรแสตมป์)	<input type="checkbox"/> 880	<input type="checkbox"/> 1,220	<input type="checkbox"/> 1,910	<input type="checkbox"/> 2,600	<input type="checkbox"/> 3,630
อายุ 66-75 ปี (สำหรับกรณีต่ออายุเท่านั้น)					
เบี้ยประกันรายปี (รวมอากรแสตมป์)	<input type="checkbox"/> 970	<input type="checkbox"/> 1,340	<input type="checkbox"/> 2,100	<input type="checkbox"/> 2,860	<input type="checkbox"/> 3,990

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

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเลือกชำระเบี้ยประกันภัยโดยวิธี

☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ผ่านบัตรเครดิต หมายเลขบัตรเครดิต :บัตรหมดอายุ :

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด (รวมอากรแสตมป์) :บาท

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่ ?

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

3. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจหรือไม่ ?

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

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

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้และเปิดเผยขอเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัย ผ่านช่องทางต่างๆที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิประโยชน์ผลิตภัณฑ์ประกันภัยหรือบริการต่างๆรวมถึงแจ้งข่าวสารของบริษัทฯและ/หรือบริษัทคู่ค้าทางธุรกิจที่จะมีขึ้นในอนาคต

แบบที่ 1 กรณี ผู้มีเงินได้ ช้อประกันภัยให้กับตนเอง

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อ กรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

แบบที่ 2 กรณี ผู้มีเงินได้ ชื้อประกันภัยให้กับบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้
ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ ยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

.....
()

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

.....
()

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

- ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย โบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้