



บริษัท ไทยเซตาคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

THE THAI SETAKI INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

87 อาคารเอ็ม. ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่นเพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
87 M. Thai Tower, All Seasons Place, 15th Floor, Unit No. 1 and 4-6, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID: 0107536000200

HOTLINE 1352 ☎ 02-853-8888 📠 02-853-8889

www.tsi.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย

รหัสสาขา.....

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

สาขา.....

☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี ☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน

1. ผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ..... โทร.....  
The Insured ที่อยู่..... โทรมือถือ.....  
รหัสไปรษณีย์.....

☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทาง

เลขที่..... ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....

อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	สัญชาติ

อาชีพปัจจุบัน..... ตำแหน่ง.....  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป..... ชั้นอาชีพ.....

เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ.....บาท แหล่งที่มา.....

ชื่อนายจ้าง.....

ที่อยู่นายจ้าง.....

2. ผู้รับประโยชน์ ชื่อ.....อายุ.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ที่อยู่.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทร..... โทรมือถือ.....  
ชื่อ.....อายุ.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ที่อยู่.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทร..... โทรมือถือ.....

3. ☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี  
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.  
☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน  
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่..... เวลา.....น. กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุ  
อัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของ  
กรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ ☐ แผน..... ☐ แผน.....

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอา ประกันภัย (บาท)	ความรับผิด ส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ซ้ำตาย หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)			



บริษัท ไทยเซตาคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

THE THAI SETAKIJ INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

87 อาคารเอ็ม. ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่น พلاس ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
87 M. Thai Tower, All Seasons Place, 15th Floor, Unit No. 1 and 4-6, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID: 0107536000200

HOTLINE 1352 ☎ 02-853-8888 ☎ 02-853-8889

www.tsi.co.th

ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สาขตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์			
ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
ข้อ 5. กระตุกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน			
ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ			
5. ต้องการให้ความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1 (อ.บ.1.2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4 (ค่ารักษาพยาบาล)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
5.1 การขับขี่ยานพาหนะโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1)			
5.2 การแข่งขันกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2)			
5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบโดยสารการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3)			
5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4)			
5.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5)			
5.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5)			
5.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)			
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น			
6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ</span> ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด.....กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด.....บาท โปรดแสดงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น 6.1 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท 6.2 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท 6.3 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท 6.4 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท 6.5 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท			
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</span> ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท			
8. ท่านขับขี่ยานพาหนะโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</span>			
9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</span>			
10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</span> ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลารักษาดำเนินในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม จำนวน.....วัน			



บริษัท ไทยเซตาวิประกันภัย จำกัด (มหาชน)

THE THAI SETAKI INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

87 อาคารเอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ซีซั่นเพลส ชั้นที่ 15 ห้องเลขที่ 1 และ 4-6 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
87 M. Thai Tower, All Seasons Place, 15th Floor, Unit No. 1 and 4-6, Wireless Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID: 0107536000200

HOTLINE 1352 ☎ 02-853-8888 ☎ 02-853-8889

www.tsi.co.th

	ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา..... แพทย์ ร.พ. หรือสถานรักษา.....
11.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? 11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย
12.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ .....
13.	ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดระบุ .....
14.	ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุ .....
15.	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดระบุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

( ) ( ) ( )  
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์      ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย      ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ตัวแทน      ☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้.....      ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865