



บริษัท เจมาร์ค ประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
Jaymart Insurance Public Company Limited

100/100 อาคารวอจวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์: +66 2 099 0555 www.jaymartinsurance.co.th  
ทะเบียนเลขที่: 0107556000060 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107556000060

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

Proposal for Accident Insurance

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) (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัย โปรดแสดงข้อเท็จจริง) 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	จำนวนเงินทุนเอาประกันภัย ..... แผนความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคลรวมที่พาดำเนินการ																																																			
	<table><thead><tr><th rowspan="2">ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement / Endorsement</th><th colspan="3">จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)</th></tr><tr><th>แผน 1</th><th>แผน 2</th><th>แผน 3</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาขาค่า หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป</td><td>100,000</td><td>200,000</td><td>500,000</td></tr><tr><td>1.2 จากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา</td><td>50,000</td><td>100,000</td><td>250,000</td></tr><tr><td>1.3 การจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์</td><td>50,000</td><td>100,000</td><td>250,000</td></tr><tr><td>1.4 การแข่งกีฬาอันตราย</td><td>50,000</td><td>100,000</td><td>250,000</td></tr><tr><td>2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ</td><td>10,000 / ครั้ง</td><td>20,000 / ครั้ง</td><td>50,000 / ครั้ง</td></tr><tr><td>3. ผลประโยชน์กระดูกแตก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน</td><td>10,000</td><td>20,000</td><td>50,000</td></tr><tr><td>4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษา ตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วัน)</td><td>ไม่คุ้มครอง</td><td>1,000 / วัน</td><td>1,000 / วัน</td></tr><tr><td>5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ</td><td>200,000</td><td>400,000</td><td>1,000,000</td></tr><tr><td>6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม</td><td>5,000</td><td>5,000</td><td>5,000</td></tr><tr><td>เบี้ยประกันภัยรวมอากร</td><td><input type="checkbox"/> 980</td><td><input type="checkbox"/> 2,000</td><td><input type="checkbox"/> 3,500</td></tr></tbody></table>	ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement / Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)			แผน 1	แผน 2	แผน 3	1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาขาค่า หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1)				1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	500,000	1.2 จากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา	50,000	100,000	250,000	1.3 การจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	250,000	1.4 การแข่งกีฬาอันตราย	50,000	100,000	250,000	2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000 / ครั้ง	20,000 / ครั้ง	50,000 / ครั้ง	3. ผลประโยชน์กระดูกแตก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	20,000	50,000	4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษา ตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วัน)	ไม่คุ้มครอง	1,000 / วัน	1,000 / วัน	5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	200,000	400,000	1,000,000	6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม	5,000	5,000	5,000	เบี้ยประกันภัยรวมอากร	<input type="checkbox"/> 980	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 3,500
ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement / Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)																																																			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3																																																	
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สาขาค่า หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1)																																																				
1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	500,000																																																	
1.2 จากการถูกฆาตกรรม ทำร้ายร่างกายโดยเจตนา	50,000	100,000	250,000																																																	
1.3 การจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	250,000																																																	
1.4 การแข่งกีฬาอันตราย	50,000	100,000	250,000																																																	
2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000 / ครั้ง	20,000 / ครั้ง	50,000 / ครั้ง																																																	
3. ผลประโยชน์กระดูกแตก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน	10,000	20,000	50,000																																																	
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษา ตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วัน)	ไม่คุ้มครอง	1,000 / วัน	1,000 / วัน																																																	
5. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ	200,000	400,000	1,000,000																																																	
6. ค่าใช้จ่ายทันตกรรม	5,000	5,000	5,000																																																	
เบี้ยประกันภัยรวมอากร	<input type="checkbox"/> 980	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 3,500																																																	
5	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ ? ( ) ไม่มี ( ) มีหรือได้ขอ บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง .....																																																			
6	ท่านเคยถูกปฏิเสธการเอาประกันชีวิต หรือการเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... ถ้าเคยโปรดแจ้ง .....																																																			
7	ท่านจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ? ( ) ไม่ ( ) เป็นครั้งคราว ( ) เป็นประจำ																																																			
8	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ? ( ) ไม่ ( ) เป็นครั้งคราว ( ) เป็นประจำ																																																			
9	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว ( ) ไม่เคย (No) ( ) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง ในโรงพยาบาลหรือไม่ ? ระยะเวลา ..... ลักษณะการบาดเจ็บ ..... ผลการรักษา ..... แพทย์ / ร.พ. หรือสถานรักษา .....																																																			



<b>ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ</b> <b>Proposal for Accident Insurance</b>			
<b>10</b>	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 (Musculaskeleta)	(    ) ไม่ (No)	(    ) เคย (Yes)
	ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer)	(    ) ไม่ (No)	(    ) เคย (Yes)
	ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)	(    ) ไม่ (No)	(    ) เคย (Yes)
	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูข้างหรือไม่ ?	(    ) ไม่ (No)	(    ) มี (Yes)      ถ้ามีโปรดระบุ .....
	ท่านมีวัณโรคปอดหรือไม่ ?	(    ) ไม่ (No)	(    ) มี (Yes)      ถ้ามีโปรดระบุ .....
	ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ?	(    ) ไม่ (No)	(    ) เคย (Yes)      ถ้ามีโปรดระบุ .....
	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่ ?	(    ) ไม่ (No)	(    ) เคย (Yes)      ถ้ามีโปรดระบุ .....
<p><b>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</b></p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้อีกเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท</p> <p>(.....) วันที่.....</p> <p style="text-align: center;">ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p><b>หมายเหตุ</b>                  ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ตัวแทน</span> <span>นายหน้าประกันภัยรายนี้</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Agent</span> <span>Broker</span> </div> <p>ค่าธรรมเนียมของการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามกฎหมายประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> <p><b><u>REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE</u></b></p> <p>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 &amp; Commercial Code.</p>			