



## เติมเต็มความอุ่นใจให้ชีวิตสนุกได้เต็มที่

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลที่มอบความอุ่นใจให้คุณใช้ชีวิตได้อย่างเต็มที่กับทุกกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นการท่องเที่ยว เล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย

### ตารางเบี้ยประกันภัย

หน่วย: บาท

กลุ่มอาชีพ	อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากร)	
		แผน 1	แผน 2
กลุ่ม A	0 - 60	3,660	4,860
	61 - 65*	3,990	5,190
กลุ่ม B	0 - 60	4,460	5,660
	61 - 65*	5,660	6,860

\*ช่วงอายุตั้งแต่ 61-65 ปี เป็นเบี้ยประกันภัยสำหรับลูกค้าที่ต่ออายุกรมธรรม์เท่านั้น

หน่วย: บาท

### ตารางความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย	
	แผน 1	แผน 2
เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อน.2) เนื่องจาก		
- อุบัติเหตุทั่วไป (รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย)	500,000	800,000
- การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	250,000	400,000
- การเล่นหรือการแข่งขันกีฬาอันตราย	500,000	800,000
ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	80,000	100,000
ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ชดเชยรายวัน สูงสุดเป็นระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	1,000	1,000
ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	30,000	30,000

### ความคุ้มครองเพิ่มเติม

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ	500,000	800,000
ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง (ชดเชยรายสัปดาห์ สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์)	1,000	1,000
ค่ากายภาพบำบัดเนื่องจากอุบัติเหตุ (ชดเชยรายวัน สูงสุดเป็นระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	500	500
ค่าผ่าตัดเพื่อรักษาแผลบนใบหน้า อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	30,000	30,000
ค่าใช้จ่ายทันตกรรม อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	10,000	10,000
ชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักและอยู่ในภาวะหมดสติ (Coma) เนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000	100,000

### การแบ่งกลุ่มผู้เอาประกันภัยตามความเสี่ยงของลักษณะงาน

#### กลุ่ม A ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับที่น้อยที่สุด

มีอาชีพหรือมีหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในสำนักงาน และทำงานที่ไม่ได้ใช้เครื่องจักร เช่น ผู้บริหาร เจ้าของธุรกิจ พนักงานธนาคาร แม่บ้าน ช่างราชการ ครู อาจารย์ เภสัชกร นักเรียน นักศึกษา เป็นต้น

#### กลุ่ม B ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับปานกลาง

มีอาชีพที่ต้องทำงานนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานทางด้านอุตสาหกรรมซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเฉพาะ หรือกึ่งอาชีพเฉพาะ และบางครั้งอาจจะมีการใช้เครื่องจักร หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้งเกือบตลอดเวลา เช่น วิศวกร หนายความ ผู้พิพากษา สถาปนิก แคดดี้ แพทย์ พยาบาล หัวหน้าช่าง พนักงานขาย พระสงฆ์ เป็นต้น

#### หมายเหตุ

1. ผู้เอาประกันภัยต้องมีสัญชาติไทย หรือชาวต่างชาติที่เข้ามาอาศัยในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย อายุตั้งแต่ 0-60 ปี และสามารถต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้ถึงอายุ 65 ปี
2. ผู้เอาประกันภัยสามารถทำประกันภัยได้สูงสุดไม่เกิน 2 ฉบับ
3. ผู้ถือควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
4. การแถลงข้อมูลตามใบคำขอเอาประกันภัยเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณาปรับประกันภัยหรือจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย





## เติมเต็มความอุ่นใจให้ครอบครัว

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลที่พร้อมดูแลคนในครอบครัวที่คุณรัก เหมาะสำหรับคุณพ่อ คุณแม่ บุตรหลานที่คุณต้องการให้ความคุ้มครอง  
เพิ่มความอุ่นใจในยามที่เกิดเหตุไม่คาดคิด

### ตารางความคุ้มครอง

หน่วย : บาท

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4

#### ความคุ้มครอง

เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อบ.2) เนื่องจาก				
- อุบัติเหตุทั่วไป (รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย)	300,000	500,000	800,000	1,000,000
- การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	150,000	250,000	400,000	500,000
ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000	10,000	10,000	10,000

#### ความคุ้มครองเพิ่มเติม

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ	300,000	500,000	800,000	1,000,000
ชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักและอยู่ในภาวะหมดสติ (Coma) เนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000	100,000	100,000	100,000

### ตารางเบี้ยประกันภัย

หน่วย : บาท

ชั้นอาชีพ	อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากร)			
		แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
กลุ่ม A	0 - 60	660	1,060	1,660	2,060
	61 - 65*	960	1,360	1,960	2,360
กลุ่ม B	0 - 60	1,060	1,460	2,360	2,960
	61 - 65*	1,460	1,860	2,760	3,360

\*ช่วงอายุตั้งแต่ 61-65 ปี เป็นเบี้ยประกันภัยสำหรับลูกค้าที่ต่ออายุกรมธรรม์  
เท่านั้น

#### หมายเหตุ

- ผู้เอาประกันภัยต้องมีสัญชาติไทย หรือชาวต่างชาติที่เข้ามาอาศัยในราชอาณาจักรไทย  
อย่างถูกต้องตามกฎหมาย อายุตั้งแต่ 0-60 ปี และสามารถต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย  
ได้จนถึงอายุ 65 ปี
- ผู้เอาประกันภัยสามารถทำประกันภัยได้สูงสุดไม่เกิน 2 ฉบับ
- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำ  
ประกันภัยทุกครั้ง
- การแถลงข้อมูลตามใบคำขอเอาประกันภัยเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย  
หรือจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย

### การแบ่งกลุ่มผู้เอาประกันภัยตามความเสี่ยงของลักษณะงาน

#### กลุ่ม A ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับที่น้อยที่สุด

มีอาชีพหรือมีหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในสำนักงาน และทำงานที่ไม่ได้ใช้เครื่องจักร เช่น  
ผู้บริหาร เจ้าของธุรกิจ พนักงานธนาคาร แม่บ้าน ข้าราชการ ครู อาจารย์ เภสัชกร  
นักเรียน นักศึกษา เป็นต้น

#### กลุ่ม B ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับปานกลาง

มีอาชีพที่ต้องทำงานนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานทาง  
ด้านอุตสาหกรรมซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเฉพาะ หรือกึ่งอาชีพเฉพาะ และบางครั้งอาจจะ  
มีการใช้เครื่องจักร หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้งเกือบ  
ตลอดเวลา เช่น วิศวกร หนายความ ผู้พิพากษา สถาปนิก แอดวี่ แพทย์ พยาบาล  
หัวหน้าช่าง พนักงานขาย พระสงฆ์ เป็นต้น





เติมเต็มความอุ่นใจให้กับทุกไลฟ์สไตล์

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลที่ตอบโจทย์ทุกไลฟ์สไตล์ ให้พร้อมรับกับทุกเหตุการณ์ไม่คาดคิด สามารถเลือกแผนความคุ้มครองได้ตามความต้องการของคุณ

ตารางความคุ้มครอง

หน่วย : บาท

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย							
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8
เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อบ.2) เนื่องจาก								
- อุบัติเหตุทั่วไป (รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย)	100,000	200,000	200,000	300,000	500,000	500,000	800,000	1,000,000
- การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	100,000	150,000	250,000	250,000	400,000	500,000
ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	5,000	10,000	20,000	30,000	30,000	50,000	80,000	100,000
ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ชดเชยรายวัน สูงสุดเป็นระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	500	500	500	500	500	500	500	500
ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000

ความคุ้มครองเพิ่มเติม

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ	100,000	200,000	200,000	300,000	500,000	500,000	800,000	1,000,000
ชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักและอยู่ในภาวะหมดสติ (Coma) เนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000

ตารางเบี้ยประกันภัย

หน่วย : บาท

ชั้นอาชีพ	อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากร)							
		แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8
กลุ่ม A	0 - 60	1,160	1,360	1,560	1,860	2,360	2,560	3,760	4,660
	61 - 65*	1,460	1,660	1,860	2,160	2,660	2,860	4,060	4,960
กลุ่ม B	0 - 60	1,560	1,760	1,960	2,260	2,860	3,060	4,560	5,460
	61 - 65*	2,060	2,260	2,460	2,760	3,260	3,460	4,960	5,860

\*ช่วงอายุตั้งแต่ 61-65 ปี เป็นเบี้ยประกันภัยสำหรับลูกค้าที่ต่ออายุกรมธรรม์เท่านั้น

การแบ่งกลุ่มผู้เอาประกันภัยตามความเสี่ยงของลักษณะงาน

กลุ่ม A ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับที่น้อยที่สุด

มีอาชีพหรือมีหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในสำนักงาน และทำงานที่ไม่ได้ใช้เครื่องจักร เช่น ผู้บริหาร เจ้าของธุรกิจ พนักงานธนาคาร แม่บ้าน ข้าราชการ ครู อาจารย์ เกษตรกร นักเรียน นักศึกษา เป็นต้น

กลุ่ม B ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับปานกลาง

มีอาชีพที่ต้องทำงานนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานทางด้านอุตสาหกรรมซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเฉพาะ หรือกึ่งอาชีพเฉพาะ และบางครั้งอาจจะมีการใช้เครื่องจักร หรือเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้งเกือบตลอดเวลา เช่น วิศวกร หนายความ ผู้พิพากษา สถาปนิก แดตตี้ แพทย์ พยาบาล หัวหน้าช่าง พนักงานขาย พระสงฆ์ เป็นต้น

หมายเหตุ

- ผู้เอาประกันภัยต้องมีสัญชาติไทย หรือชาวต่างชาติที่เข้ามาอาศัยในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย อายุตั้งแต่ 0-60 ปี และสามารถต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยได้จนถึงอายุ 65 ปี
- ผู้เอาประกันภัยสามารถทำประกันภัยได้สูงสุดไม่เกิน 2 ฉบับ
- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- การแถลงข้อมูลตามใบคำขอเอาประกันภัยเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย หรือจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย





## หลักประกันที่มั่นคง ให้คุณอุ่นใจเต็มที่ในทุกจังหวะชีวิต มั่นใจกับความคุ้มครองที่ครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก

เหมาะสำหรับผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป รับความคุ้มครองแบบง่ายๆ โดยไม่ต้องตรวจสุขภาพ

- คุ้มครองกรณีเสียชีวิต และรับความคุ้มครองเพิ่มเป็น 2 เท่า กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
- ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุสูงสุด 525,000 บาทต่อปี
- ค่ารถเข็นผู้ป่วย (Wheel Chair) 10,000 บาท

### ตารางความคุ้มครอง

หน่วย : บาท

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
- เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	300,000	500,000	700,000	900,000	1,200,000
- เสียชีวิตเนื่องจากการถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย หรือการข่มขืน หรือโดยสารพัดจักษยานยนต์	150,000	250,000	350,000	450,000	600,000
- สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอุบัติเหตุ	600,000	1,000,000	1,400,000	1,800,000	2,400,000
- สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย หรือการข่มขืนหรือโดยสารพัดจักษยานยนต์	300,000	500,000	700,000	900,000	1,200,000
- ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ กรณีผู้ป่วยใน (IPD)					
- ความคุ้มครองสูงสุดต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย	100,000	100,000	200,000	200,000	300,000
- ความคุ้มครองสูงสุดต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	50,000	50,000	100,000	100,000	150,000
- ค่าห้องผู้ป่วยปกติ* (สูงสุดไม่เกินวันละ)	2,000	2,000	4,000	4,000	6,000
- ค่าห้องผู้ป่วยหนัก* (ICU) (สูงสุดไม่เกินวันละ)	4,000	4,000	8,000	8,000	12,000
- ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ กรณีผู้ป่วยนอก (OPD) ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน และ 30 ครั้งต่อปีกรมธรรม์ประกันภัย	2,500	2,500	5,000	5,000	7,500
- ค่ารถเข็นผู้ป่วย (Wheel Chair)	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000

### ตารางเบี้ยประกันภัย

หน่วย : บาท

อายุ (ปี)	เบี้ยประกันภัยรายปี				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
45 - 70	4,400	5,200	7,500	8,300	11,000
71 - 75	5,600	6,500	9,300	10,200	13,400
76 - 80 (เฉพาะต่ออายุกรมธรรม์)	6,000	7,000	9,900	10,900	14,300
81 - 85 (เฉพาะต่ออายุกรมธรรม์)	7,100	8,100	11,300	12,400	16,100
86 - 90 (เฉพาะต่ออายุกรมธรรม์)	7,900	9,100	12,400	13,600	17,600
91 - 95 (เฉพาะต่ออายุกรมธรรม์)	8,700	10,000	13,500	14,800	19,000
96 - 100 (เฉพาะต่ออายุกรมธรรม์)	9,600	10,900	14,700	16,000	20,500

#### หมายเหตุ

- \*ค่าห้องผู้ป่วยรวมกันสูงสุดไม่เกิน 30 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง และเป็นส่วนหนึ่งของทุนประกันภัยค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุกรณีผู้ป่วยใน (IPD)
- ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีอายุ 45 - 75 ปี และสามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้ถึงอายุครบ 100 ปี
- สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยชาวต่างชาติจะต้องมีใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย (Work Permit) หรือใบรับรองการเกษียณอายุ (Retirement Certificate) เท่านั้น
- อาชีพที่ไม่สามารถทำประกันภัยได้ คือ พนักงานรับส่งเอกสาร ผู้ขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้าง ทหารและตำรวจที่ยังรับราชการอยู่ และผู้ที่มีลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง
- ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไข ก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
- การดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณารับประกันภัย หรือจ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย
- เบี้ยประกันภัยดังกล่าวรวมอากรแล้ว

2-0010-02-PAI 05-61





ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลแบบพิเศษ PA ME STYLE

SPECIAL PERSONAL ACCIDENT INSURANCE POLICY APPLICATION FORM : PA ME STYLE

ใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลแบบพิเศษ (Being an integral part of Special Personal Accident Insurance Policy)

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว) .....  
Applicant's Name and Surname (Mr./Mrs./Ms.)

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....  
Present Address House No. Village No. / Moo Village / Mooban

อาคาร ..... เลขห้อง / ชั้นที่ ..... ซอย .....  
Building Room No. / Floor Lane / Soi

ถนน ..... แขวง / ตำบล ..... เขต / อำเภอ .....  
Road Subdistrict / Tambon District / Amphoe

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
Province Postcode

โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล .....  
Home Telephone No. Mobile Phone No. Email

☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ หนังสือเดินทาง  
Identity Card Government Identity Card Passport

เลขที่ ..... ออกให้ที่ ..... วันหมดอายุ .....  
No. Issued at Expiry Date

โปรดระบุเพิ่ม กรณีชาวต่างชาติที่เข้ามาอาศัยในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย  
For a foreign citizen or Non-Thai Resident who enter to live in Thailand legally

☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ ใบอนุญาตทำงาน ☐ ใบรับรองการเกษียณอายุ  
Alien Certificate Work Permit Retirement Certificate

เลขที่ ..... ออกให้ที่ ..... วันหมดอายุ .....  
No. Issued at Expiry Date

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก. สัญชาติ .....  
Date of Birth Age Yrs. Height cm. Weight kg. Nationality

อาชีพปัจจุบัน ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานโดยสังเขป .....  
Occupation Position Job Description

บริษัท ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....  
Company Name No. Village No. / Moo Village / Mooban

อาคาร ..... เลขห้อง / ชั้นที่ ..... ซอย .....  
Building Room No. / Floor Lane / Soi

ถนน ..... แขวง / ตำบล ..... เขต / อำเภอ .....  
Road Subdistrict / Tambon District / Amphoe

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
Province Postcode

โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... อีเมล .....  
Company Telephone No. Email

2. ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
Beneficiary's Name and Surname (Mr./Mrs./Ms.) Age Yrs.

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....  
Relationship to the Applicant

ที่อยู่ปัจจุบัน .....  
Present Address

.....

โทรศัพท์ .....  
Telephone

3. ระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา ..... น.  
Period of Insurance From at hrs. To at 16.30 hrs.

4. โปรดระบุแผนประกันภัย PA ME STYLE ที่ต้องการ

Please select the PA ME STYLE plan

<input type="checkbox"/> Family First	แผน .....	เบี้ยประกันภัยรวมอากร .....	บาท
	Plan	Total Premium	Baht
<input type="checkbox"/> PA For All	แผน .....	เบี้ยประกันภัยรวมอากร .....	บาท
	Plan	Total Premium	Baht
<input type="checkbox"/> Fit Style	แผน .....	เบี้ยประกันภัยรวมอากร .....	บาท
	Plan	Total Premium	Baht
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	โปรดระบุ .....	เบี้ยประกันภัยรวมอากร .....	บาท
Other	Please Specify	Total Premium	Baht

5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นๆ หรือไม่  
Do you have any life assurance or personal accident insurance with BKI or any other insurance company (ies) ?

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี/ได้ขอ โปรดระบุ บริษัท .....	จำนวนเงินเอาประกันภัย .....	บาท
No	Yes, please specify Insurer	Sum Insured	Baht

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  
Have you ever been declined life assurance or personal accident insurance, had your policy cancelled, renewal declined, or additional premium imposed for such insurance?

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ บริษัท .....	จำนวนเงินเอาประกันภัย .....	บาท
No	Yes, please specify Insurer	Sum Insured	Baht

7. ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่  
Do you ride a motorcycle or ride on it as a passenger?

<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว	<input type="checkbox"/> เป็นประจำ
No	Occasionally	Regularly

8. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่  
Do you consume any alcohol drinks?

<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว	<input type="checkbox"/> เป็นประจำ
No	Occasionally	Regularly

9. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  
In the past two years, have you ever sustained accidentally bodily injury that required to be hospitalized?

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ	ระยะเวลาที่เข้ารักษา .....	ลักษณะการบาดเจ็บ .....
No	Yes, please specify	Period of Treatment	Nature of Injury
ผลการรักษา .....		แพทย์/ร.พ.หรือสถานพยาบาล .....	
Result of Treatment		Physician/Hospital or Polyclinic	

10. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่  
Do you have or have you ever been medically treated for any of the following diseases?

A. โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย	B. โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย
Epilepsy or Convulsion	No	Yes	Heart Disease	No	Yes
C. โรคภาวะหายใจอุดกั้น	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย	D. โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย
COPD	No	Yes	Hypertension	No	Yes
E. โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย	F. โรคกระดูก และ/หรือ กล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย
Diabetes Mellitus	No	Yes	Musculoskeletal	No	Yes
G. โรคมะเร็งทุกชนิด	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย	H. โรคเอดส์	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย
Cancer	No	Yes	AIDS or HIV Positive	No	Yes
I. โรค SLE/ DLE	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย			
SLE/DLE	No	Yes			

11. ท่านเคยมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่  
Do you have any critical physical or mental injury?

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ .....
No	Yes, please specify

12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูหรือไม่  
Do you have any defects of eyesight or hearing?

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ .....
No	Yes, please specify

13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดที่มีความพิการหรือไม่  
Do you have any disabled part of your body?

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ .....
No	Yes, please specify

14. ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่  
Have you ever taken narcotic drugs?

☐ ไม่มี  
No

☐ มี โปรดระบุ .....  
Yes, please specify

15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่  
Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?

☐ ไม่มี  
No

☐ มี โปรดระบุ .....  
Yes, please specify

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่  
Does the Insured intend to assume the right for tax exemption according to the taxation statute?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ .....  
Yes, I intend and agree to have the Company disclose and submit the information on insurance premium to the Revenue Department according to the criteria and procedures provided by the Revenue Department. In case the insured is Non-Thai Resident who is obliged to pay the income tax as to the taxation statute, please specify the taxpayer identification number derived from the Revenue Department

☐ ไม่มีความประสงค์  
No

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทผู้รับประกันภัยในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า  
I hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I declare that above statements are complete and true. I agree to have this application form included in the contract between I and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the insurance company cancel this insurance policy. Besides, I also authorize the insures/s of this insurance to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย  
I agree to let the company collect, use and declare the insured's information to the Office of Insurance Commission for regulation of insurance business.

.....  
(.....)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
Signature of Applicant

.....  
วัน / เดือน / ปี  
Date / Month / Year

☐ ประกันภัยโดยตรง  
Direct

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย  
Agent

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย  
Broker

..... ใบอนุญาตเลขที่ .....  
License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือ ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)**

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void and may have caused the Company to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.





ใบคำขอเอาประกันภัย  
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง  
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)...../..... เชื้อชาติ / สัญชาติ...../.....  
☐ บัตรประจำตัวประชาชน..... ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ..... ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ : แผนที่ .....

5. การชำระเบี้ยประกันภัย : ☐ รายปี ☐ ราย..... เดือนติดต่อกัน โดยวิธี

☐ เงินสด

☐ บัตรเครดิต ธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....

☐ ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา.....

บัญชีเลขที่.....

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ

ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....



7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้นตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคอะไรทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมะเร็งตับ โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบ B,C โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน(Ascites) โรคเอสแอลอี( SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia) เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์โรคร้ายแรงเรื้อรังอื่นๆ ตลอดจนเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรค/การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ ( หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดงการรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับและวันเวลาดังกล่าว)

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

ผู้ขอประกันภัยประสงคฺจะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

### คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทฯ ธรรมเนียมประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของธรรมเนียมประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

.....  
(.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

...../...../.....  
วัน / เดือน / ปี

☐ ประกันภัยโดยตรง      ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย      ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย

..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

#### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิบอกล้างสัญญาได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865