



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA ออลเจน

1. ผู้เอาประกันภัย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาวนามสกุล

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ที่ ซอย อาคาร/หมู่บ้าน

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์

☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประชาชนต่างดาว ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่

ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ จังหวัด ประเทศ

****กรุณาระบุสำเนาบัตรประจำตัว เพื่อเป็นหลักฐานการแสดงตนก่อนทำธุรกรรมกับบริษัท ตาม พรบ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 ****

วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กิโลกรัม)

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป

ชั้นอาชีพ รายได้ต่อปี

2. ผู้รับประโยชน์

2.1 ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

เบอร์โทร ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ☐ ที่อยู่เดียวกันกับผู้เอาประกันภัย

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

2.2 ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

เบอร์โทร ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ☐ ที่อยู่เดียวกันกับผู้เอาประกันภัย

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1ปี) เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

4. แผนความคุ้มครอง : โปรดทำเครื่องหมาย ☒ หน้าแผนความคุ้มครองที่ต้องการ (สำหรับอายุ 16 ปี - 54 ปี และจำกัด 1 คน 1 แผนเท่านั้น)

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	<input type="checkbox"/> แผน 4	<input type="checkbox"/> แผน 5	<input type="checkbox"/> แผน 6
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1)						
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	300,000	500,000	800,000	1,000,000
1.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	200,000	300,000	500,000	800,000	1,000,000
1.3 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	150,000	250,000	400,000	500,000
1.4 อุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 1.1)	100,000	200,000	300,000	500,000	800,000	1,000,000
1.5 อุบัติเหตุรถยนต์ส่วนบุคคล (จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 1.1)	100,000	200,000	300,000	500,000	800,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาลต่อการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000	30,000
3. เงินชดเชยกรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุแบบต่อเนื่องติดต่อกันเกินกว่า 5 วัน (สูงสุดต่อปีกรมธรรม์)	5,000	8,000	10,000	15,000	20,000	25,000
ค่าเบี้ยประกันภัยต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์)	950	1,500	1,900	2,500	3,500	4,000

5. ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

- 5.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มีหรือได้ขอ
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมดกรมธรรม์
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัยบาท
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัยบาท
- 5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บ
เบี้ยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย
ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัยบาท
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัยบาท
- 5.3 ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือไม่?
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง
ลักษณะการบาดเจ็บ.....ผลการรักษา.....
แพทย์/รพ.หรือสถานที่รักษา
- 5.4 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (โรคลมชัก, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ,
โรคมะเร็ง, โรคเอดส์) ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
- 5.5 ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ
- 5.6 ท่านมีวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ
- 5.7 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
- 5.8 ท่านขับขีหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
- 5.9 ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
- 5.10 ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ข้าพเจ้า
ขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัยและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน
หรือบุคคลอื่นใด ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่
กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

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

ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลายมือชื่อแทนโดยชอบธรรม

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

- ☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865