



ใบคำขอเอาประกันภัย

อุบัติเหตุส่วนบุคคล

1. ผู้ขอเอาประกันภัย..... เพศ
 ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์ โทร.
 บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
 เลขที่ ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ จังหวัด ประเทศ

อายุ	วัน/เดือน/ปีเกิด	ความสูง	น้ำหนัก	สัญชาติ

- อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง
 ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป
 เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ บาท รายได้อื่นๆ ปีละ บาท
(การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้ขอเอาประกันภัย ดังนั้นโปรดแจ้งตามความเป็นจริง)
 ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง
 ที่อยู่ของนายจ้าง รหัสไปรษณีย์ โทร.

2. ชื่อผู้รับประโยชน์ อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
 ที่อยู่ โทร.
(ในกรณีต้องการระบุผู้รับประโยชน์มากกว่าหนึ่งคน สามารถทำได้โดยเขียนหรือพิมพ์ในกระดาษอื่นและแนบกับใบคำขอนี้)

3. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.

4. จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ
5. บัตรเครดิตที่ใช้อยู่ วิซ่า มาสเตอร์การ์ด อเมริกัน เอ็กซ์เพรส อื่นๆ
 บัตรเครดิตเลขที่ 1) วงเงินที่ได้รับ บาท
 2) วงเงินที่ได้รับ บาท
 3) วงเงินที่ได้รับ บาท
(ในกรณีที่มีบัตรเครดิตมากกว่า 3 บัตร สามารถทำได้โดยเขียน หรือพิมพ์ในกระดาษอื่นและแนบกับใบคำขอนี้)

6. ชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง (บุคคลในครอบครัว) ชื่อ นามสกุล
 อายุ ปี เพศ ชาย หญิง
 บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
 เลขที่ ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ จังหวัด ประเทศ

7. ผู้รับประโยชน์ อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
 ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยพิเศษเพิ่มเติมดังนี้ การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การเล่น หรือแข่งกีฬาอันตราย
 การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ การสงคราม ฯลฯ
 การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล

8. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มีหรือได้ขอ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

9. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือ การขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
 ไม่เคย เคย บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

10. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

11. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

12. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
 ไม่เคย เคย ลักษณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา แพทย์ /ร.พ.หรือสถานรักษา

13. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่
 ก. โรคลมชัก ไม่ เคย ข. โรคหัวใจ ไม่ เคย
 ค. ความดันโลหิตสูง ไม่ เคย ง. โรคเบาหวาน ไม่ เคย
 จ. โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ ไม่ เคย ฉ. โรคมะเร็ง ไม่ เคย
 ช. โรคเอดส์ ไม่ เคย

14. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ไม่ มี ถ้ามีโปรดระบุ
15. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่ ไม่ มี ถ้ามีโปรดระบุ
16. ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ไม่ เคย ถ้ามีโปรดระบุ
17. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ไม่ เคย ถ้ามีโปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

(.....) (.....) (.....)
 (.....) (.....) (.....)
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
 วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา น.
 ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

