

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน
(ใช้สำหรับแผนประกันภัย PA Total Protection)

1. ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล วัน / เดือน / ปี เกิด อายุ ปี ชาย หญิง
น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม.) สัญชาติ

ที่อยู่ ถนน ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ E-Mail

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
เลขที่ ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ จังหวัด ประเทศ

วันหมดอายุ สัญชาติ / เชื้อชาติ

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ชั้นอาชีพ

เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ บาท แหล่งที่มา / หน่วยงาน

2. ผู้รับประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ที่อยู่ ถนน ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ E-Mail

3. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.
 กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น.

กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน : กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ที่มีการต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไข
ของกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน แผน

ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบ แรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1. ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือ ทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน สัปดาห์			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางคราว ไม่เกิน สัปดาห์			
ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน			
ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณณะ			

5. ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1. (อ.บ. 1/2)	จำนวนเงิน เอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4. (ค่ารักษาพยาบาล)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
5.1 การขบขี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ. 3.1)			
5.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ. 3.2)			
5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการ โดยสายการบินพาณิชย์ (อ.บ. 3.3)			
5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือ ต่อต้านรัฐบาล (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 หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ			
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ทั้งหมด กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด บาท			
โปรดแสดงรายละเอียด ในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น			
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 หรือถูกเรียกเก็บ			
เบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย			
ถ้าเคย โปรดแจ้ง บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย	บาท	
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย	บาท	
8. ท่านขบขี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?			
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม จำนวน วัน			
ลักษณะการบาดเจ็บ ผลการรักษา แพทย์/ ร.พ. หรือสถานรักษา			
11. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?			
11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.5 โรคกระดูก และ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		
11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.6 โรคเมเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		
11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		
11.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย			
12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ			
13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ			

14. ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	โปรดระบุ
15. ท่านเคยต้องโทษเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	โปรดระบุ
16. การขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย			
ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่			
<input type="checkbox"/> ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ และลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			
<input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม			
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่			
<input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ และลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย			
<input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์			
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท			
.....	
()	()	()	
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์	ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม	วันที่ เดือน พ.ศ.
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย โบอนุญาตเลขที่			
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)			
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865			