

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน
(ใช้สำหรับแผนประกันภัย PA 99 Series)

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 วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

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. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ			

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)			
เบี้ยประกันภัยรวมอากรมรสวมปีและภาษี รวมทั้งสิ้น			
6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ			
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด 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 โรคมะเร็ง <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			

