

ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA MOVES ON

- ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....อาคาร.....
 เลขห้อง/ชั้นที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... อาชีพปัจจุบัน.....
- ผู้รับประโยชน์
 ทายาทโดยธรรม
 ระบุผู้รับประโยชน์
 1) ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....สัดส่วนผลประโยชน์.....%
 2) ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....สัดส่วนผลประโยชน์.....%
- ระยะเวลาเอาประกันภัย : กรรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้นวันที่..... สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.
- โปรดระบุแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)								
	แผนค่ารักษาพยาบาล 5,000 บาท			แผนค่ารักษาพยาบาล 10,000 บาท			แผนค่ารักษาพยาบาล 20,000 บาท		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 1	แผน 2	แผน 3
ข้อ 1) การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียอวัยวะ การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือคุณภาพการได้ยิน (อ.บ.2) ¹ เนื่องจาก									
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป ²	300,000	600,000	1,000,000	300,000	600,000	1,000,000	300,000	600,000	1,000,000
1.2 อุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1.1) ²	300,000	600,000	1,000,000	300,000	600,000	1,000,000	300,000	600,000	1,000,000
1.3 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	150,000	300,000	500,000	150,000	300,000	500,000	150,000	300,000	500,000
1.4 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	150,000	300,000	500,000	150,000	300,000	500,000	150,000	300,000	500,000
ข้อ 2) ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (รวมการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย และ/หรือ การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) ¹	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000
ข้อ 3) ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ เนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป (รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย และ/หรือ การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์ ต่อคน/ปี (บาท)									
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องแผนความคุ้มครองที่ต้องการ	2,800	3,200	3,900	3,900	4,300	4,900	5,100	5,600	6,100

¹ จ่ายตามจริง สูงสุดไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย
² ไม่รวมอุบัติเหตุจากการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย หรือการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์

คำถามใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัย กรุณาเลือกข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับท่าน

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่
 ไม่มี มี/ได้ขอ โปรดระบุ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจ
 ไม่เป็น/ไม่เคย เป็น/เคย โปรดระบุ.....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์
ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นเท็จหรือข้าพเจ้าปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดและข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า
จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล เวชกรรม หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์
ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบและทำความเข้าใจคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแล้วตาม https://www.allianz.co.th/th_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html หรือ QR Code ด้านล่าง



โปรดศึกษาคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยุธยา

ความยินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพร่างกาย ศาสนา ของข้าพเจ้าให้กับบริษัทประกันภัยต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
หน่วยงานกำกับดูแล หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาปรับประกันภัย หรือเพื่อการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือการจ่ายเงิน
ตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือการกำกับดูแลการประกอบธุรกิจของบริษัท

หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัททำการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลที่มีความอ่อนไหวที่จำเป็นหรือเกี่ยวข้องอาจเป็นเหตุให้บริษัทไม่สามารถพิจารณาปรับประกันภัยหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่
ตามสัญญาประกันภัยได้

.....

(.....)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

...../...../.....

วัน/เดือน/ปี

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัท
ผู้รับประกันภัยปฏิเสธการรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือ ใช้สิทธิบอกกล่าวสัญญาได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด (ตามความสมัครใจ ไม่มีผลต่อการพิจารณาปรับประกันภัย)

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้บริษัท ทำการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเพื่อให้ 1) สำรวจ จัดทำสถิติ หรือวิเคราะห์เพื่อใช้ปรับปรุงหรือพัฒนาผลิตภัณฑ์และ
บริการต่างๆ 2) นำเสนอขายหรือแจ้งข้อมูลผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆของบริษัท หรือ 3) จัดกิจกรรมทางการตลาด รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบแทนลูกค้าหรือส่งเสริมการขาย

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนความยินยอมนี้ได้ตลอดเวลาโดยติดต่อศูนย์ดูแลลูกค้า อลิอันซ์ อยุธยา โทร. 1292 ตลอด 24 ชั่วโมง หรือตามที่กำหนดไว้ใน “คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูล
ส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยุธยา” นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังรับทราบว่า หากไม่ให้ความยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าจะไม่สามารถได้รับข้อเสนอดีๆเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ผลิตภัณฑ์ หรือบริการต่างๆ ที่เหมาะสม
กับข้าพเจ้ารวมทั้งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางการตลาดได้

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจ “คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยุธยา” ตาม QR code ด้านบน

.....

(.....)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

...../...../.....

วัน/เดือน/ปี