ธนชาตประกันภัย
Thanachart Insurance

999/1 เดอะไนน์ทาวเวอร์ ถนนพระราม 9 แขวงพัฒนาการ เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250
999/1 The Nine Tower, Rama 9 Road, Phatthanakan, Suanluang, Bangkok 10250 THAILAND
Tel: (662) 308-9300 Fax: (662) 308-9333 ทะเบียนเลขที่ 0107555000473

ใบคำขอเอาประกันภัยแบบย่อ
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ ธนชาตอุ่นรัก

ใบคำขอเลขที่

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย :
ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย : (นาย/นาง/นางสาว)
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)
ที่อยู่ปัจจุบัน : รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล์
อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

รายละเอียดผู้อยู่ในอุปการะ
บุตร : ชื่อ-นามสกุล (นาย/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.)
บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่ วัน/เดือน/ปีเกิด
อายุ ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.) อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับบุตร

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

โปรดระบุแผนประกันภัยที่ท่านต้องการซื้อความคุ้มครอง :
เลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวด ☐ ราย เดือนติดต่อกัน ☐ รายปี
เบี้ยประกันภัยสุทธิ บาท อากรแสตมป์ บาท ภาษี บาท เบี้ยประกันภัยรวม บาท

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ
กรณีซื้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคลและ/หรือสุขภาพเฉพาะโรค
ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือขณะนี้รับการรักษาอยู่ หรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์หรือไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?

ผู้เอาประกันภัย ☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย โปรดระบุ
บุตร ☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย โปรดระบุ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ผู้เอาประกันภัย ☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย โปรดระบุ
บุตร ☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย โปรดระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล องค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ธนชาตประกันภัย จำกัด(มหาชน)

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
☐ ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอรับกรมธรรม์ กรมธรรม์ฉบับต่ออายุ สลักหลัง และเอกสารใดๆ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้
☐ ข้าพเจ้าประสงค์รับเอกสารผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น / ไม่ประสงค์รับเอกสารใดๆ ในรูปแบบกระดาษ
โปรดระบุ E-Mail (หากท่านเคยระบุ E-Mail ไว้ในระบบแล้ว ระบบจะจัดส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ให้ท่านโดยอัตโนมัติ)
☐ ข้าพเจ้าประสงค์รับเอกสารใดๆ ในรูปแบบกระดาษ (กรณีที่ท่านเคยระบุ E-Mail ไว้ในระบบ ท่านจะได้รับเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ด้วยอัตโนมัติ ซึ่งท่านสามารถเพิ่มหรือแก้ไข E-Mail ของท่านได้
โปรดระบุ E-Mail

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้ารับรองว่า รายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้อง และสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ

วันที่ขอเอาประกันภัย / / ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย ____________________
( )

☐ **ตัวแทนประกันวินาศภัย** ☐ **นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้** **ใบอนุญาตเลขที่**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

สำหรับพนักงานขาย (ส่วนของบริษัท)
ชื่อผู้ขายกรมธรรม์ รหัสพนักงาน เลขที่ใบอนุญาตตัวแทน เบอร์โทรศัพท์
ชื่อหัวหน้างาน รหัสพนักงาน เลขที่ใบอนุญาตตัวแทน เบอร์โทรศัพท์

คุ้มครองอุ่นใจ แค่ไลน์มา