

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลสามัคคีอุ่นใจ

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล (นาย นาง นางสาว).....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง..... สัญชาติ.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ..... ปี เพศ..... น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.
 ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร/ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 โทรศัพท์..... อีเมล.....
 อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....
 สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย	สัดส่วน %

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ: แผนที่.....ทุนประกันภัย.....เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์.....

5. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

5.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

ไม่มี มี โปรดระบุ

5.2 ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่ ไม่มี มี โปรดระบุ.....

5.3 ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ

6. การชำระเบี้ยประกันภัย

6.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

6.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

- เงินสด .
- บัตรเครดิต/บัตรเดบิต.....หมายเลขบัตรเครดิต /บัตรเดบิต.....บัตรหมดอายุ.....
- อื่นๆ.....

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้เอาประกันภัยจะขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....

.....

()

()

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลงลายมือชื่อแทนโดยชอบธรรม

วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....

วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

เงื่อนไขการรับประกันภัย/คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

- 1) มีสัญชาติไทย หรือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีใบอนุญาตทำงานตามกฎหมาย
- 2) อายุที่รับประกันภัย อายุ 15 – 60 ปี (รวมอายุกรมธรรม์ต้องไม่เกิน 60 ปี)
- 3) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ และไม่เป็นโรคร้ายแรง
- 4) ผู้เอาประกันภัยต้องกรอกใบสมัคร (ต้องระบุวันเดือนปีเกิด อายุ และ อาชีพ และ ตอบคำถามสุขภาพ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนและต้องผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ
- 5) เวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของกรมธรรม์เป็น 16.30 น.
- 6) คุ้มครองเฉพาะผู้เอาประกันภัยที่ไม่เคยถูกปฏิเสธ หรือถูกขึ้นบัญชีดำ หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มจากบริษัทฯ
- 7) ผู้รับผลประโยชน์ของแผนประกันภัยนี้ต้องเป็นทายาท โดยธรรมชาติหรือมีความสัมพันธ์ในความเป็นญาติร่วมสายโลหิตเดียวกันเท่านั้น
- 8) คุ้มครองเฉพาะผู้เอาประกันภัย ชั้นอาชีพ 1 – 2 เท่านั้น
ชั้นอาชีพ 1 งานเสี่ยงต่ออุบัติเหตุระดับต่ำหรือประกอบอาชีพภายในสำนักงาน การบริหารจัดการ หรืองานฝีมือที่ไม่ใช่เครื่องจักร
ชั้นอาชีพ 2 งานเสี่ยงต่ออุบัติเหตุระดับปานกลางหรือประกอบอาชีพภายนอกสำนักงานเป็นครั้งคราว งานด้านการขาย หรืองานอุตสาหกรรมขนาดเบา
- 9) แผนประกันภัยที่มีค่ารักษาพยาบาล ผู้เอาประกันภัยจะได้รับบัตรประกันอุบัติเหตุ (PA CARD) สำหรับใช้สิทธิเข้ารับรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลในโครงการทั่วประเทศ ตามทุนที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์
- 10) บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัยหากตรวจพบว่าผู้เอาประกันภัยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัย บริษัทฯ ถือว่าการทำประกันภัยนั้นไม่มีผลบังคับและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยตามสัดส่วนสำหรับการทำประกันภัยที่ไม่มีผลบังคับดังกล่าว