



## ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ (Proposal for Accident Insurance)

สำหรับบุคคลต่างด้าวหรือต่างชาติที่มีหนังสือรับรองการทำงานและVISAเข้าประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

1	ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ ..... เพศ ..... สัญชาติ / Nationality ..... ที่อยู่ ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร ..... ( ) บัตรประชาชน ( ) บัตรข้าราชการ ( ) ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ( ) หนังสือเดินทาง เลขที่ (No.) ..... E-mail : ..... ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ ..... จังหวัด ..... ประเทศ ..... อายุ / Age ..... วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth ..... ความสูง / Height ..... น้ำหนัก / Weight ..... อาชีพปัจจุบัน ..... ตำแหน่ง ..... Job Description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ ..... บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ ..... บาท (Baht)
2	ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ ..... อายุ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย ..... ที่อยู่ ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร .....
3	ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา ..... น.
4	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ ? ( ) ไม่มี ( ) มีหรือได้ขอ บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... อีโอดีขอโปรดแจ้ง.....
5	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือ การปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย บริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... ถ้าเคยโปรดแจ้ง .....
6	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัว ( ) ไม่เคย (No) ( ) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง ในโรงพยาบาลหรือไม่ ? ระยะเวลา..... ลักษณะการบาดเจ็บ ..... ผลการรักษา ..... แพทย์ / ร.พ.หรือสถานรักษา .....
7	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ? ก. โรคลมชัก (Epllepsy or Convulsion) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Meliltus) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) จ. โรคกระดูกและ / หรือกล้ามเนื้อ (Musculaskeletal) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูข้างหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ..... ท่านมีอวัยวะใดพิการบ้างหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ..... ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ ..... ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับสารเสพติดหรือไม่ ? ( ) ไม่ (No) ( ) เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ .....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท (.....) วันที่..... ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	
หมายเหตุ	ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และ ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ใช้แบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยแบบเดียวกัน เพิ่มเติมแบบฟอร์มการแจ้งรายชื่อกรณีเป็นแบบกลุ่ม นายหน้าประกันภัยรายนี้ .....

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้  
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE**

Give answers to all questions above truthfully otherwise th company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.