

## ใบคำขอเอาประกันภัย แผน KPI PA Happy Family

### ข้อมูลส่วนตัวผู้เอาประกันภัยหลัก

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : ..... เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....  
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ : ..... โทรศัพท์.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : ..... อายุ : ..... ปี อาชีพ : ..... ลักษณะงานที่ทำ : .....
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ : ..... ความสัมพันธ์ : .....

### ข้อมูลส่วนตัวคู่สมรส

1. ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส : ..... เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : ..... อายุ : ..... ปี อาชีพ : ..... ลักษณะงานที่ทำ : .....
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ : .....

### ข้อมูลส่วนตัวบิดา

1. ชื่อ-นามสกุล บิดา : ..... เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : ..... อายุ : ..... ปี อาชีพ : ..... ลักษณะงานที่ทำ : .....
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ : .....

### ข้อมูลส่วนตัวมารดา

1. ชื่อ-นามสกุล มารดา : ..... เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : ..... อายุ : ..... ปี อาชีพ : ..... ลักษณะงานที่ทำ : .....
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ : .....

### ข้อมูลส่วนตัวบุตร ลำดับที่ 1

1. ชื่อ-นามสกุล บุตร : ..... เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : ..... อายุ : ..... ปี สถานะ : .....
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ : .....

### ข้อมูลส่วนตัวบุตร ลำดับที่ 2

1. ชื่อ-นามสกุล บุตร : ..... เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : ..... อายุ : ..... ปี สถานะ : .....
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ : .....

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ...../...../..... เวลา .....น. สิ้นสุดวันที่ ...../...../..... เวลา 16.30 น.

หมายเหตุ : คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยหลัก และคู่สมรส ต้องมีอายุ 20-60 ปีบริบูรณ์ (61-65 ปีบริบูรณ์ สำหรับรายต่ออายุเท่านั้น)
2. บุตร หมายถึง บุตรตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย ซึ่งยังมีได้สมรส และมีอายุตั้งแต่ 5- 20 ปีบริบูรณ์
3. บิดา มารดา ต้องมีอายุไม่เกิน 75 ปีบริบูรณ์

กรุณาทำเครื่องหมาย  ในช่อง  เพื่อเลือกแผนความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคน			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)				
1.1 กรณี อุบัติเหตุทั่วไป	200,000	400,000	600,000	800,000
1.2 กรณี ถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	200,000	300,000	400,000
1.3 กรณี ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	200,000	300,000	400,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุสาธารณะ (ไม่รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)				
2.1 กรณี อุบัติเหตุทั่วไป	400,000	800,000	1,200,000	1,600,000
2.2 กรณีถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	400,000	600,000	800,000
3. ค่ารักษาพยาบาล ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง				
3.1 กรณีอุบัติเหตุทั่วไป รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	20,000	40,000	60,000	80,000
3.2 กรณี ขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	10,000	20,000	30,000	40,000
4. ผลประโยชน์ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (ไม่รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	10,000	10,000	10,000
<b>เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์)</b>				
ผู้เอาประกันภัยหลัก	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 1,980	<input type="checkbox"/> 2,750	<input type="checkbox"/> 3,520
ผู้เอาประกันภัยหลัก+คู่สมรส+บุตร 2 คน (ฟรี)	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 3,960	<input type="checkbox"/> 5,500	<input type="checkbox"/> 7,040
ผู้เอาประกันภัยหลัก+บิดา และ/หรือมารดา+บุตร 2 คน (ฟรี)	<input type="checkbox"/> 2,400	<input type="checkbox"/> 3,960	<input type="checkbox"/> 5,500	<input type="checkbox"/> 7,040
ผู้เอาประกันภัยหลัก+คู่สมรส+บิดา และ/หรือมารดา+บุตร 2 คน (ฟรี)	<input type="checkbox"/> 3,600	<input type="checkbox"/> 5,940	<input type="checkbox"/> 8,520	<input type="checkbox"/> 10,560

\*\* บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อ 1-2 เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น\*\*

\*\*ผู้เอาประกันภัย 1 ท่านสามารถซื้อ- กรมธรรม์ประกันภัยได้ 1 ฉบับเท่านั้น- \*\*

**วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย**

ผู้เอาประกันภัยเลือกชำระเบี้ยประกันภัย โดยวิธี

ชำระเป็นเงินสด  ผ่านบัตรเครดิตหมายเลขบัตรเครดิต : .....บัตรหมดอายุ : .....

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด (รวมอากรแสตมป์) : .....บาท

**ประวัติสุขภาพ**

1. ท่านหรือบุคคลในครอบครัว มีหรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท  
กรุงเทพพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่?

ไม่มี  มี (โปรดระบุ) ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย .....

2. ท่านหรือบุคคลในครอบครัวเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ย  
ประกันภัยเพิ่มหรือไม่?

ไม่มี  มี (โปรดระบุ) .....

3. ท่านหรือบุคคลในครอบครัวกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น  
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่  
ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่ ?

ไม่มี  มี (โปรดระบุ) .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้  
และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐาน  
ของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอม  
ให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงเทพพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสาร  
เกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือ  
ทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าสำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ  
ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....

ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามข้างต้นตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆอาจเป็นเหตุให้  
บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865