

ใบคำขอเอาประกันภัย แผน KPI PA Protect Plus

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย : เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ : โทรศัพท์.....
2. วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี อาชีพ : ลักษณะงานที่ทำ :
3. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ : 1)..... ความสัมพันธ์: สัดส่วน:.....%
ผู้รับผลประโยชน์ : 2)..... ความสัมพันธ์: สัดส่วน:%
4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่/...../..... เวลา น. สิ้นสุดวันที่/...../..... เวลา 16.30 น.
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง เพื่อเลือกแผนความคุ้มครอง

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย		
	แผน1	แผน2	แผน3
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะสาวยตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุทั่วไป	200,000	400,000	600,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะสาวยตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	200,000	300,000
3. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะสาวยตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากการจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	200,000	300,000
4. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (รวมการจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	20,000	30,000
5. การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล (ห้องผู้ป่วยปกติ) เนื่องจากอุบัติเหตุต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 365 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง(รวมการจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	500	1,000	1,500
6. การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล (ห้องผู้ป่วยหนัก) เนื่องจากอุบัติเหตุ ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 7 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง(รวมการจับขังหรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	1,000	2,000	3,000
อายุ 15-60 ปีบริบูรณ์ (อายุ 61-65 ปี สำหรับกรณีต่ออายุเท่านั้น)			
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์)	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 2,200	<input type="checkbox"/> 3,200

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

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเลือกชำระเบี้ยประกันภัย โดยวิธี

ชำระเป็นเงินสด ผ่านบัตรเครดิตหมายเลขบัตรเครดิต : บัตรหมดอายุ :

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด (รวมอากรแสตมป์) :บาท

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมี หรือ ได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงเทพพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่?

ไม่มี มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่?

ไม่มี มี (โปรดระบุ)

3. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่?

ไม่มี มี (โปรดระบุ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัท ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงเทพพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าสำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

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

ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย.....ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจงตอบคำถามข้างต้นตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865