

ใบคำขอเอาประกันภัย แผน KPI PA Worry Free

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

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

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย				
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากอุบัติเหตุทั่วไป	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
2. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000
3. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะสายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) จากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000
4. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป จากอุบัติเหตุ (ไม่รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	20,000	30,000	50,000	70,000	100,000
5. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไปจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	10,000	15,000	25,000	35,000	50,000
อายุ 15-65 ปีบริบูรณ์					
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์)	<input type="checkbox"/> 880	<input type="checkbox"/> 1,220	<input type="checkbox"/> 1,910	<input type="checkbox"/> 2,600	<input type="checkbox"/> 3,630
อายุ 66-75 ปี (สำหรับกรณีต่ออายุเท่านั้น)					
เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์)	<input type="checkbox"/> 970	<input type="checkbox"/> 1,340	<input type="checkbox"/> 2,100	<input type="checkbox"/> 2,860	<input type="checkbox"/> 3,990

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

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยเลือกชำระเบี้ยประกันภัยโดยวิธี

ชำระเป็นเงินสด ผ่านบัตรเครดิตหมายเลขบัตรเครดิต : บัตรหมดอายุ :

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด (รวมอากรแสตมป์) :บาท

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต ไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่?

ไม่มี มี (โปรดระบุ)จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือไม่?

ไม่มี มี (โปรดระบุ)

3. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยได้รับการตรวจรักษา เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหัวใจอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE/DLE หรือความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือไม่?

ไม่มี มี (โปรดระบุ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าสำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

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

ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามข้างต้นตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865