



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล เพื่อ ซีเคียวร์ พลัส (กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี)

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ โทรมือถือ _____
 ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
 เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____
 วัน เดือน ปีเกิด _____ ความสูง (ซม) _____ น้ำหนัก (กก) _____ สัญชาติ _____ อีเมล _____
 อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____
 ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ ชั้นอาชีพ _____
 เงินเดือนค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา _____
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์
 ลำดับที่ 1 ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ โทรมือถือ _____
 ลำดับที่ 2 ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ โทรมือถือ _____

รายละเอียดแผนประกันภัย

ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24.00 น.

ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ

- 1. PA Series - Non MED จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันภัยรวม บาท
- 2. PA Series - MED จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันภัยรวม บาท
- 3. PA Series - HAP จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท เบี้ยประกันภัยรวม บาท

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย (The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.)

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ (Would you like to claim for personal income tax deduction with this health insurance premium?)

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ (Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai Resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:)
- ไม่มีความประสงค์ (No)

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษายาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษายาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

 (_____)
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 วันที่.....

 (_____)
 ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
 วันที่.....

คำเตือน - ขอให้ผู้เอาประกันภัยศึกษาและทำความเข้าใจเงื่อนไขความคุ้มครอง ข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัย ก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง หากมีปัญหาหรือข้อขัดข้องใดๆ เกี่ยวกับการประกันวินาศภัย กรุณาติดต่อโดยตรงกับ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โทร 02-624-1000

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

สำหรับฝ่ายขาย (ลงชื่อผู้ตรวจสอบเอกสาร

- ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันภัย นายหน้าประกันภัยรายนี้ โบราณคดีเลขที่.....