

ใบคำขอเอาประกันภัย พีเอ พลัส / PA Plus Application

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ พีเอ พลัส / Personal Accident Insurance Policy PA Plus

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-นามสกุล _____ วัน เดือน ปี เกิด _____ อายุ _____ ปี <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา/หน่วยงาน _____ ที่อยู่ส่งกรมธรรม์ _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____ E-Mail : _____										
2.	ผู้รับประกันภัย: 1. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ 2. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ 3. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____										
3.	ชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง บุคคลในครอบครัว (กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">ชื่อ-สกุล</th> <th style="width:15%;">วัน เดือน ปี เกิด</th> <th style="width:15%;">อายุ (ปี)</th> <th style="width:20%;">เลขประจำตัวประชาชน</th> <th style="width:30%;">ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อ-สกุล	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ (ปี)	เลขประจำตัวประชาชน	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย					
ชื่อ-สกุล	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ (ปี)	เลขประจำตัวประชาชน	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย							
4.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ หลังจากผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ ตามเงื่อนไขบริษัทฯ เวลา 16.30 น.										
5.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ แผน _____										
6.	การชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> รายปี <input type="checkbox"/> ราย _____ เดือน หมายเลขบัตรเครดิต _____ วันหมดอายุ _____ <input type="checkbox"/> mPOS หมายเลขบัตรเครดิต _____ ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต _____ วันหมดอายุ _____ <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____										
7.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท โปรดแสดงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น 6.1 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.2 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท										
8.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท										
9.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? 8.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____ 8.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____ 8.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____ 8.6 โรคเมเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____ 8.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____ 8.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____ 8.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ _____ 8.8 โรคอื่นๆ โปรดระบุ _____										
10.	บุคคลในครอบครัวผู้ได้รับความคุ้มครอง สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ โปรดระบุ _____										

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ตัวแทน _____ (_____)
 นายหน้าประกันภัยรายนี้ _____ (_____)
 ใบอนุญาตเลขที่.....: _____ วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

สำหรับบริษัทฯ ใช้เท่านั้น

ผู้ขาย _____ รหัสพนักงาน _____ สาขา _____
 ภาค _____ วันที่ _____ เวลา _____