

ใบคำขอเอาประกันภัย	
กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองสัตว์เลี้ยง	เลขที่ใบคำขอ.....
1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง):..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน:..... ที่อยู่ติดต่อได้:..... โทรศัพท์มือถือ: อีเมล:..... สัตว์เลี้ยงในบ้าน <input type="checkbox"/> สุนัข.....ตัว <input type="checkbox"/> แมว.....ตัว <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....ตัว	
2. รายละเอียดเกี่ยวกับสัตว์เลี้ยงที่เอาประกันภัย : ชื่อของสัตว์เลี้ยง..... ประเภท <input type="checkbox"/> สุนัข <input type="checkbox"/> แมว <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... สายพันธุ์..... คำหนัก/จุดเด่น..... เพศ <input type="checkbox"/> ผู้ <input type="checkbox"/> เมีย อายุปี.....เดือน หมายเลขไมโครชิพ..... (ถ้ามี) ใบบรับรองสายพันธุ์ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ทะเบียนเลขที่..... วัตถุประสงค์ในการเลี้ยง <input type="checkbox"/> เป็นสัตว์เลี้ยง <input type="checkbox"/> เพื่อการค้า <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... ใน 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ไปพบสัตวแพทย์กี่ครั้ง (ไม่รวมการฉีดวัคซีน และตรวจสุขภาพประจำปี) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 1-2 ครั้ง <input type="checkbox"/> 3-4 ครั้ง <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 ครั้ง	
3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.	
4. แผนประกันภัยที่ต้องการทำประกันภัย <input type="checkbox"/> แผน..... (.....บาท)	
5. เอกสารที่ใช้ในการขอทำประกันภัย 5.1 <input type="checkbox"/> ใบคำขอเอาประกันภัยที่กรอกรายละเอียดครบถ้วนสมบูรณ์ 5.2 <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอเอาประกันภัย (เจ้าของสัตว์เลี้ยง) 5.3 สำเนาใบบรับรองใบฉีดวัคซีน สำหรับแมว <input type="checkbox"/> วัคซีนเข็มแมว <input type="checkbox"/> วัคซีนเข็มแมว <input type="checkbox"/> พิษสุนัขบ้า <input type="checkbox"/> การถ่ายพยาธิ สำหรับสุนัข <input type="checkbox"/> วัคซีนเข็มสุนัข <input type="checkbox"/> วัคซีนเข็มและหลอดลมอักเสบ <input type="checkbox"/> วัคซีนเข็ม <input type="checkbox"/> วัคซีนเข็ม <input type="checkbox"/> วัคซีนเข็ม <input type="checkbox"/> การถ่ายพยาธิ <input type="checkbox"/> พิษสุนัขบ้า 5.4 รูปถ่ายสัตว์เลี้ยงที่เอาประกันภัย 7 รูป <input type="checkbox"/> ด้านหน้าตรง <input type="checkbox"/> เต็มตัวด้านหน้า <input type="checkbox"/> เต็มตัวด้านซ้าย <input type="checkbox"/> เต็มตัวด้านขวา <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> คำหนัก <input type="checkbox"/> รูปถ่ายคู่กับเจ้าของสัตว์เลี้ยง	
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด <input type="checkbox"/> รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ <input type="checkbox"/> รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสัตว์เลี้ยงที่เอาประกันภัยนี้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีอาการบาดเจ็บ พิการ หรือเจ็บป่วย ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้า ขอ รับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญา ประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ ประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย จะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (.....) วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....	
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่	
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)	
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่ง บริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865	