

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย

ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์ บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง

เลขที่ ออกให้ ณ เขตหรืออำเภอ จังหวัด

อายุ	วัน เดือน ปี เกิด	ความสูง	น้ำหนัก	สัญชาติ

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป

เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ บาท

รายได้อื่นๆ ปีละ บาท แหล่งที่มาของรายได้

ชื่อนายจ้าง กิจการของนายจ้าง

ที่อยู่ของนายจ้าง โทรศัพท์

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ อายุ ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ที่อยู่ โทรศัพท์

ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มีหรือได้ขอ โปรดแจ้ง

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดแจ้ง

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ

ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดแจ้ง

ระยะเวลาการรักษา ลักษณะการบาดเจ็บ/โรค
ผลการรักษา โรงพยาบาลหรือสถานรักษา

ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง
โรคเอดส์ โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากข้างต้นหรือไม่ ไม่ เคย โปรดแจ้ง

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่ ไม่ มี โปรดแจ้ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

() () ()

ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม