

ใบแจ้งความประสงค์เอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

เรียน บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับความคุ้มครองจากแผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล และเข้าใจว่าบริษัทฯ จะจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวให้ข้าพเจ้า เมื่อบริษัทฯ ได้รับใบแจ้งความประสงค์เอาประกันภัย และผ่านการพิจารณาจากเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ แล้ว

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี
สถานภาพ โสด สมรส มีบุตร.....คน ไม่มีบุตร ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... หมู่บ้าน.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....

อาชีพหลัก.....ลักษณะงาน.....อาชีพเสริม(ถ้ามี).....
ตำแหน่ง.....รายได้โดยประมาณ.....บาท/ปี
ชื่อบริษัท.....ลักษณะกิจการ.....
ที่อยู่..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....
สถานที่จัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน

ปัจจุบัน ท่านมีประกันชีวิต/ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลอยู่หรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ).....
ท่านมีความผิดปกติทางร่างกายหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ).....
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ).....
ท่านหรือบุคคลในครอบครัวเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่

- | | | | | | |
|---------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1. โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | 6. โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 2. โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | 7. ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 3. โรคเมเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | 8. โรคกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 4. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | 9. โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 5. โรคกระดูก | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | | | |

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับความคุ้มครองจากแผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

แผนที่ 1 เบี้ยประกันภัย 750 บาท

แผนที่ 2 เบี้ยประกันภัย 670 บาท

ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี เริ่มตั้งแต่วันที่...../...../..... ถึงวันที่...../...../.....

ชื่อผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้เอาประกัน

วันที่...../...../.....

- หมายเหตุสำคัญ
- ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามใบคำขอเอาประกันภัย ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัย ปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
 - เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย รายละเอียดของความคุ้มครอง เงื่อนไขและข้อยกเว้นจะระบุในกรมธรรม์ประกันภัย