

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
Proposal for Accident Insurance

1 ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ The Proposer : Name ที่อยู่ Address <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน Identity card <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ Government Identity card <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว Alien Certificate <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง Passport เลขที่ (No.).....ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ (Issued at.).....จังหวัด (Province).....ประเทศ (Country).....		รหัสไปรษณีย์ Post Code โทร. Tel.		
อายุ / Age	วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth	ความสูง / Height	น้ำหนัก / Weight	สัญชาติ / Nationality
อาชีพปัจจุบัน Present Occupation ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป Job description เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary / Wage) ปีละ.....บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ.....บาท (Baht) แหล่งที่มา (Source)		ตำแหน่ง Position ชื่อนอาชีพ : Occupation Class		
เงินเดือน / ค่าจ้าง (Salary / Wage) ปีละ.....บาท (Baht) รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ.....บาท (Baht) แหล่งที่มา (Source)		รหัสไปรษณีย์ Post code		โทร. Tel.
ชื่อ นายจ้าง Employer's Name ที่อยู่ นายจ้าง Employer's Address		กิจการของ นายจ้าง Employer's Business		
2 ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ Beneficiary : Name ที่อยู่ Address		อายุ Age	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Proposer รหัสไปรษณีย์ Post code	
3 ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ Period of Insurance required : From		เวลา at	น. สิ้นสุดวันที่ hours To	เวลา 12.00 น. at 12.00 hours
4 จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Sum Insured required				
ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement		จำนวนเงินเอา ประกันภัย Sum Insured	ความรับผิดชอบ แรก Deductible	(บริษัทกรอก Company fill in) เบี้ยประกันภัย Premium
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม ข้อ.1 หรือ ข้อ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง For coverage in Item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A. 2				
<input type="checkbox"/>	ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (ข้อ.1) Item 1 Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A. 1)			
<input type="checkbox"/>	ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (ข้อ.2) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight Hearing Speech or Permanent Disability (P.A.2)			
	ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks			
	ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks			
	ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง Item 4. Medical Expenses Each Accident			
เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่มเติม Additional Premium				
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount				
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium				
ภาษี Tax				
อากร Stamps				
เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium				
5 ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้ Please Include coverage on additional hazards as follows :				
<input type="checkbox"/>	การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Driving of or riding as a passenger on motorcycles			
<input type="checkbox"/>	การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่ไม่ได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ Traveling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline			<input type="checkbox"/> การเล่นหรือแข่งขันกีฬาอันตราย Playing or racing dangerous sport
<input type="checkbox"/>	การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล Strike Riot and Civil Commotion			<input type="checkbox"/> การสงคราม ฯลฯ War etc.

6	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ ? Do you have or have proposed for personal accident insurance or Life insurance with the company or any other company?	<input type="checkbox"/> ไม่มี (No) <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ (Yes) ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง If yes, please state	บริษัท Company	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum insured
7	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ? Have you ever been canceled life insurance or personal accident insurance or Had your insurance canceled or had renewal declined or Had additional premium imposed for such insurance?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state:	บริษัท Company	จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum insured
8.	ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่ ? Do you drive or ride as a passenger on motorcycle?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No.) <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)		
9.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ? Do you take or consume alcoholic drinks?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No.) <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally) <input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)		
10.	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ? In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be Hospitalized?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state:	ระยะเวลา Period of Treatment	ลักษณะการบาดเจ็บ Nature of injury
			ผลการรักษา Result of Treatment	แพทย์ / ร.พ. หรือสถานรักษา Physician / Hospital or Polyclinic
11.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ? Do you have or have you ever been treated for ?			
	ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)		<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
	ข. โรคหัวใจ (Heart Disease)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)		<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
	ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)		<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
	ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)		<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
	จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculaskeltal)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)		<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
	ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)		<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
	ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No)		<input type="checkbox"/> เคย (Yes)
12.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่ ? Do you have defects in eyesight or hearing?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :		
13.	ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่? Do you have any disabled part of your body?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :		
14.	ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? Have you ever taken narcotic drugs?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :		
15.	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

I / We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me / us and the Company

.....

()

ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

Written by

.....

()

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

Proposer's Signature

.....

()

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

Legal Representative's Signature

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Date.....

ตัวแทน
Agent

นายหน้าประกันภัย.....
Broker

โบราณญาตเลขที่.....
License No.

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE

Give answer to all questions above truthfully otherwise the company may have cause to deny liability under this policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.