

ใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัย  
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PAI)

ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ.....

ที่อยู่.....



โทรศัพท์มือถือ\*..... เลขที่บัตรประชาชน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้โดยประมาณ.....บาทต่อเดือน ตำแหน่ง.....

ลักษณะงาน โดยสังเขป.....

\*กรณีเป็นเจ้าของกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว  เป็นผู้ลงมือปฏิบัติเป็นประจำ  เป็นผู้ลงมือปฏิบัติเป็นครั้งคราว  ไม่ลงมือปฏิบัติ

สถานที่ทำงาน.....

..... โทรศัพท์.....

ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

กรุณาเลือกแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ โดยทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  ด้านล่าง

PA Save Save (PAIF Extra)  PA Executive Plus 1 (PAIH 1 Extra)  PA Executive Plus 2 (PAIH 2Extra)

แผน 1  แผน 2  แผน 3

A : แบบไม่มีค่ารักษาพยาบาล  B : แบบมีค่ารักษาพยาบาล  C : แบบมีความคุ้มครองเพิ่มเติม

เบี้ยประกันภัย(รวมอากรแสตมป์)..... บาท

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ไปรกระบุบริษัท..... จำนวนเงิน.....บาท

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่

ไม่มี  มี ไปรระบุ.....

ท่านเคยเป็น หรือมีอาการที่รับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าวแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรค

ดังต่อไปนี้หรือไม่ 1. โรคหัวใจ 2. โรคเบาหวาน 3. โรคเอดส์ 4. โรคกระดูก/กล้ามเนื้อ 5. โรคมะเร็ง 6. โรคลมชัก 7. โรคทางสมอง

8. โรคสารเสพติด-ให้โทษร้ายแรง 9. ความผิดปกติทางสายตา/หู 10. โรคร้ายแรงอื่นๆ

ไม่มี  มี ไปรระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ: - \*เบอร์โทรศัพท์มือถือที่กรอกข้อมูล สามารถนำไปลงทะเบียนใช้งาน  TPA Care mobile app ผ่านระบบ IOS และ Android

- TPA Care mobile app สามารถค้นหาพ.คู่สัญญา, บัตร Virtual Card ใช้แทนบัตรจริง

