



**ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA อุบัติเหตุส่วนบุคคล**

1. ผู้เอาประกันภัย  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล .....

ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมู่ที่..... ซอย..... อาคาร/หมู่บ้าน .....

ถนน ..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

บัตรประชาชน  บัตรข้าราชการ  ใบสำคัญประจำคนต่างด้าว  หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....

**\*\*กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัว เพื่อเป็นหลักฐานการแสดงตนก่อนทำธุรกรรมกับบริษัท ตาม พรบ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 \*\***

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี ส่วนสูง (ซม.)..... น้ำหนัก (กิโลกรัม) .....

อาชีพปัจจุบัน..... ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

ชั้นอาชีพ..... รายได้ต่อปี .....

2. ผู้รับประโยชน์

2.1 ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

เบอร์โทร.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้  ที่อยู่เดียวกันกับผู้เอาประกันภัย

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

2.2 ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

เบอร์โทร.....ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้  ที่อยู่เดียวกันกับผู้เอาประกันภัย

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1ปี) เริ่มต้นวันที่..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 24.00 น.

4. แผนความคุ้มครอง : โปรดทำเครื่องหมาย  หน้าแผนความคุ้มครองที่ต้องการ (สำหรับอายุ 1 เดือน -15 ปี และจำกัด 1 คน 1 แผนเท่านั้น)

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	<input type="checkbox"/> แผน 4	<input type="checkbox"/> แผน 5
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตาหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1)					
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000
1.2 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000
1.3 อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	100,000	150,000	250,000	350,000
1.4 อุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 1.1)	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000
2. ค่ารักษาพยาบาลต่อการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	10,000	20,000	30,000	50,000	70,000
3. ค่ารักษาพยาบาลซื้อเค็ล่อนหรือกระดูกหักต่อการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	10,000	20,000	30,000	50,000	70,000
4. ค่ารักษาพยาบาลทันตกรรมต่อการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
5. ผลประโยชน์คุ้มครองทุนการศึกษา					
5.1 กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	100,000	200,000	300,000	400,000
5.2 กรณีเสียชีวิตจากการขับขี่โดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	50,000	100,000	150,000	200,000
6. เงินชดเชยกรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุแบบต่อเนื่อง ติดต่อกันเกินกว่า 15 วัน	5,000	10,000	10,000	20,000	20,000
7. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์จากอุบัติเหตุต่อครั้ง (สูงสุด 10 ครั้งต่อปี)	-	300	300	300	300
<b>ค่าเบี้ยประกันต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์)</b>	<b>1,800</b>	<b>2,200</b>	<b>3,000</b>	<b>3,600</b>	<b>4,200</b>

หมายเหตุ : เงินชดเชยกรณีเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุแบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาการบาดเจ็บนั้นๆ และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วต่อมาเสียชีวิตก่อนครบ 6 ชั่วโมง

5. ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

- 5.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่?  ไม่มี  มีหรือได้ขอ  
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด .....กรมธรรม์  
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท  
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท
- 5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บ  
เบี้ยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท  
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย .....บาท
- 5.3 ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง .....  
ลักษณะการบาดเจ็บ.....ผลการรักษา.....  
แพทย์/รพ.หรือสถานที่รักษา .....
- 5.4 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (โรคลมชัก, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ,  
โรคมะเร็ง, โรคเอดส์)  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
- 5.5 ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
- 5.6 ท่านมีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
- 5.7 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?  ไม่เคย  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ
- 5.8 ท่านขับขีหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่?  ไม่เคย  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ
- 5.9 ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
- 5.10 ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ข้าพเจ้า  
ขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัยและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน  
หรือบุคคลอื่นใด ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินการรับประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ  
ประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่  
กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร  
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

.....  
( ..... ) ( ..... ) ( ..... )

ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

- การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณเลขที่ .....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ  
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865