

ใบคำขอเอาประกันภัย พิธี / PA Application

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ พิธี / Personal Accident Insurance Policy PA

1. รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (Insured Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) Full Name			
(MR./MISS/MRS./Other)			
เพศ (Gender) <input type="checkbox"/> ชาย (Male) <input type="checkbox"/> หญิง (Female)	เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Phone No.)		
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card No./Passport No.)			
รหัสประจำตัวผู้เสียภาษี (Federal tax identification number)			
น้ำหนัก (Weight) กก. (Kg)	ส่วนสูง (Height) ซม. (Cm)	วันเดือนปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YY)	
อายุ (Age) ปี (Yr.)	อาชีพ (Occupation)		
ตำแหน่ง/ลักษณะงาน (Position / Details)			
แหล่งที่มา/หน่วยงาน/Resource of Income or Work Place			
รายได้ต่อเดือน (Salary per month) บาท (THB)	อีเมล (Email Address)		
ที่อยู่ปัจจุบัน			
(Contact Address)			

2. ผู้รับประโยชน์/Beneficiary :

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1 (Beneficiary's Name No.1)			
อายุ (Age) ปี (Yr.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)		
ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2 (Beneficiary's Name No.2)			
อายุ (Age) ปี (Yr.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)		

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Insurance Period)

เริ่มตั้งแต่วันที่/Start Date _____ เวลา/at _____ น./hours สิ้นสุดวันที่/Expiry date _____ เวลา/at 24.00 น./hours

4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Insurance Package / Coverage _____

แผน (Plan Name) _____			
จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (Insurance Premium)	บาทต้องวาง (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม) Baht (Including Tax and Stamp duty)		



LMG
Insurance.

A Liberty Mutual Company

PA PD-022024

5. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย (Insurance Premium Method of Payment)

รายปี (Annually) รายเดือน (Monthly)

เงินสด (Cash) บัตรเครดิต / บัตรเดบิต (Credit/Debit Card)

หมายเลขบัตรเครดิต (Credit card no) _____ วันหมดอายุ (Expiry Date) _____

mPOS หมายเลขบัตรเครดิต _____ ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต (Bank Name) _____
วันหมดอายุ (Expiry Date) _____

ชำระผ่านธนาคาร (Bank) อื่นๆ (โปรดระบุ) (Other, please specify) _____

6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? (Do you have health, life, accident or hospital income protection insurance with other Insurer?) ไม่มี (No) มีหรือได้ขอ (Yes)

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด (If yes, many effective policies you have) _____ กรมธรรม์ (policies)

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด (Total sum insure) _____ บาท (THB)

โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น (If yes, please complete policy information)

6.1 บริษัท (Insurer name) _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย sum insure _____ บาท (THB)

6.2 บริษัท (Insurer name) _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย sum insure _____ บาท (THB)

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา

ประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? (Have you ever been declined,

increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for health insurance?)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง (If yes, Please specify)

บริษัท (Insurer name) _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum insure) _____ บาท (THB)

8. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? (Have you had or currently have the following symptoms/diseases?)

8.1 โรคลมชัก (Epilepsy)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

8.2 โรคหัวใจ (Any heart, myocardial or cardiovascular disease)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

8.3 ความดันโลหิตสูง (Any circulatory and blood disorders such as Hypertension, Anemia)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

8.4 โรคเบาหวาน (Diabetes)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

8.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Any skeletal – muscular system disorders)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

8.6 โรคมะเร็ง (Any enlarged glands or any form of cancer)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

8.7 โรคเอดส์ (Aids or HIV)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

8.8 โรคอื่น ๆ โปรดระบุ Others, please specify _____



LMG
Insurance.

A Liberty Mutual Company

PA PD-022024

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

ไม่มีความประสงค์ No

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department.

If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:

.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

And I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose my information to the Office of Insurance Commission (OIC.) for the purpose of insurance system governance.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด How would you like to receive the policy?

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ E-policy delivered via specified e-mail

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ By post via specified address

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

The company has the right to check the medical history and diagnosis of the insured as necessary with this insurance. And has the right to perform examination in the event that it is necessary and does not violate the law at the expense of the company.

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

In the event that the insured does not allow the company to check the medical history and diagnosis of the insured to support the consideration of the claims. The company may refuse coverage under this insurance policy to the insured.



**LMG
Insurance.**

A Liberty Mutual Company

PA PD-022024

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของ สัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออก เลิกสัญญาได้ และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้ เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด(มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือว่าสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการพิจารณาประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions. I declare and warrant that the above answers are true and completed. This proposal shall be the basis of the contract between the Company and me. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy. I agree to apply this application as a letter of consent for a doctor, hospital, insurance company, organization, institution or any person with a record of illness including facts about blood test results for the HIV or my medical history to disclose all facts to LMG Insurance Public Company Limited or a designated person. And it is assumed that the photocopy of this application as a consent letter is valid and complete as the original. The Company reserves the right to underwrite the information mentioned above.

ลายมือชื่อ (Signature)

[Signature Box]

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย (Insured)

ลายมือชื่อ (Signature)

[Signature Box]

(_____)

ผู้กระทำการแทน/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(Authorize Person)*

วันเดือนปี (Date)

[Date Box]

วันเดือนปี (Date)

[Date Box]

*กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร
เท่านั้น (Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only)

โปรดระบุความสัมพันธ์

(Please specify relationship to Insured person)

[Relationship Box]

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย

(Remark: If applicant age under 20 years old, guardian must sign)

การประกันภัยโดยตรง Direct ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่ License No.

[License No. Box]



**LMG
Insurance.**

A Liberty Mutual Company

PA PD-022024

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

WARNING of Office of Insurance Commission (OIC.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้
ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable.

The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865

สำหรับบริษัทใช้เท่านั้น (For internal use only)

ผู้ขาย _____ รหัสพนักงาน _____

สาขา _____ ภาค _____

วันที่ _____ เวลา _____