

**ใบคำขอเอาประกันภัย**

**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ทีเอสไอทีเอฟแอล**

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทร _____ โทรมือถือ _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____																
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">อายุ (ปี)</td> <td style="width:20%;">วัน เดือน ปีเกิด</td> <td style="width:20%;">ความสูง (ซม)</td> <td style="width:20%;">น้ำหนัก (กก)</td> <td style="width:25%;">สัญชาติ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ											
อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ													
	อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ ชั้นอาชีพ _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา/หน่วยงาน _____																
2.	ผู้รับประโยชน์: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือถือ _____																
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มตั้งแต่วันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น. วงการชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> ราย 2 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 3 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 4 เดือน <input type="checkbox"/> ราย 6 เดือน <input type="checkbox"/> รายปี																
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ <input type="checkbox"/> แผน _____ <input type="checkbox"/> แผน _____																
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;">ข้อตกลงคุ้มครอง</th> <th style="width:15%;">จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)</th> <th style="width:15%;">ความรับผิดส่วนแรก (บาท)</th> <th style="width:10%;">(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตามอ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง            ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)            ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร(อ.บ. 2)            ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน _____ สัปดาห์            ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน _____ สัปดาห์            ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง            ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน            ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน            ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ         </td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>           5. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติมดังนี้            5.1 การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1)            5.2 การแข่งขันกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2)            5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3)            5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4)            5.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5)            5.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5)            5.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)         </td> <td>           จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1 (อ.บ.1/2)         </td> <td>           จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4 (ค่ารักษาพยาบาล)         </td> <td>           (บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)         </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">           เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษีรวมทั้งสิ้น _____         </td> </tr> </tbody> </table>	ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)	สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตามอ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1) ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร(อ.บ. 2) ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน _____ สัปดาห์ ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน _____ สัปดาห์ ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ				5. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติมดังนี้ 5.1 การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1) 5.2 การแข่งขันกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2) 5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3) 5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4) 5.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5) 5.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5) 5.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1 (อ.บ.1/2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4 (ค่ารักษาพยาบาล)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษีรวมทั้งสิ้น _____			
ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)														
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตามอ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1) ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร(อ.บ. 2) ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน _____ สัปดาห์ ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน _____ สัปดาห์ ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ																	
5. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติมดังนี้ 5.1 การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1) 5.2 การแข่งขันกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2) 5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3) 5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4) 5.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5) 5.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5) 5.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1 (อ.บ.1/2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4 (ค่ารักษาพยาบาล)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)														
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษีรวมทั้งสิ้น _____																	

6.	<p>ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ</p> <p>ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท</p> <p>โปรดแสดงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น</p> <p>6.1 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p> <p>6.2 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p>								
7.	<p>ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิตหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p> <p>บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p>								
8.	<p>ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p>								
9.	<p>ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p> <p>หากดื่มเป็นประจำโปรดระบุ ชนิด _____ ปริมาณ _____ ซีซี./ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี</p>								
10.	<p>ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน _____ วัน ลักษณะการบาดเจ็บ _____ ผลการรักษา _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา _____</p>								
11.	<p>ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?</p> <table border="0"> <tr> <td>11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</td> <td>11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</td> </tr> <tr> <td>11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</td> <td>11.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</td> </tr> <tr> <td>11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</td> <td>11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</td> </tr> <tr> <td>11.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</td> <td></td> </tr> </table>	11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย								
11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย								
11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย								
11.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย									
12.	<p>ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____</p>								
13.	<p>ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____</p>								
14.	<p>ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____</p>								
15.	<p>ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้ามี โปรดระบุ _____</p>								
<p><b>ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</b></p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> <p>บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท</p> <p>ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้</p> <p><b>**ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่**</b></p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสรรพากรเลขที่ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>									



บริษัท ไทยเศรษฐกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
87 เอ็ม.ไทย ทาวเวอร์ ออล ชั้นสี่ เพลส ชั้น 15 ถนนวิทญู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107536000200  
HOTLINE 1352 02-853-8888 02-853-8889 — [www.tsi.co.th](http://www.tsi.co.th) —

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

ลงลายมือชื่อผู้ออประกันภัย

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การประกันภัยโดยตรง     ตัวแทนประกันวินาศภัย     นายหน้าประกันวินาศภัย    โบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือน ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ออประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้  
ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865