



ใบคำขอเอาประกันภัย				
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล “อุ่นใจ” แผน V-Easy PA				
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 _____			
	อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)
	อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ ชั้นอาชีพ _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา/หน่วยงาน _____			
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือถือ _____			
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น.	24.00 น.	
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ <input type="checkbox"/> แผนมีค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> แผน1 <input type="checkbox"/> แผน2 <input type="checkbox"/> แผน3 <input type="checkbox"/> แผน4 <input type="checkbox"/> แผน5 <input type="checkbox"/> แผนชดเชยรายได้ <input type="checkbox"/> แผน1 <input type="checkbox"/> แผน2 <input type="checkbox"/> แผน3 <input type="checkbox"/> แผน4 <input type="checkbox"/> แผน5 <input type="checkbox"/> แผนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> แผน1 <input type="checkbox"/> แผน2 <input type="checkbox"/> แผน3 <input type="checkbox"/> แผน4 <input type="checkbox"/> แผน5			
	ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	<u>ตามรายละเอียดความคุ้มครองของผลิตภัณฑ์ประกันภัย</u>			
5.	ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1 (อ.บ.1/2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4 (ค่ารักษาพยาบาล)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	<u>ตามรายละเอียดความคุ้มครองของผลิตภัณฑ์ประกันภัย</u> เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น			



<p>6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น</p> <p>6.1 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p> <p>6.2 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p> <p>6.3 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p>		
<p>7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียก เก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท</p>		
<p>8. ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่?</p>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ	
<p>9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?</p>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ	
<p>10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน _____ วัน ลักษณะการบาดเจ็บ _____ ผลการรักษา _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา _____</p>		
<p>11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?</p> <p>11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>11.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>11.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p>		
<p>12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?</p>	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____	
<p>13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?</p>	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____	
<p>14. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?</p>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุ _____	
<p>15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?</p>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุ _____	



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใด ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่

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

ลงลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865