

ใบคำขอเอาประกันภัย															
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี <input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน															
1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทร _____ โทมือถือ _____ 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"> <tr> <th>อายุ (ปี)</th> <th>วัน เดือน ปีเกิด</th> <th>ความสูง (ซม)</th> <th>น้ำหนัก (กก)</th> <th>สัญชาติ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ ชั้นอาชีพ _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา/หน่วยงาน _____					อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ					
อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ											
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทมือถือ _____														
3.	<input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี <table border="1"> <tr> <td>ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____</td> <td>เวลา _____ น.</td> <td>สิ้นสุดวันที่ _____</td> <td>เวลา _____ น.</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน <table border="1"> <tr> <td>ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____</td> <td>เวลา _____ น.</td> <td>กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย</td> </tr> </table>					ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____	เวลา _____ น.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย			
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____	เวลา _____ น.												
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย													
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ <input type="checkbox"/> แผน _____ <input type="checkbox"/> แผน _____														
	ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)											
	สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.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. กระดูกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ														
5.	ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้ 5.1 การขบขันหรือโดยสารถจกรยานยนต์ (อ.บ.3.1) 5.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2) 5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3) 5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4) 5.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1 (อ.บ.1/2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4 (ค่ารักษาพยาบาล)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)											
	5.1 การขบขันหรือโดยสารถจกรยานยนต์ (อ.บ.3.1)														
	5.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2)														
	5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (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)			
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น			
6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท โปรดแสดงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น 6.1 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.2 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.3 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.4 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.5 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.6 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท			
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท			
8. ท่านขับขีหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดแจ้ง ระยะเวลารักษาคือในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน _____ วัน ลักษณะการบาดเจ็บ _____ ผลการรักษา _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา _____			
11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? 11.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.6 โรคเมเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย 11.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย			
12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____			
13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____			
14. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุ _____			
15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุ _____			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

()

ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

()

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

()

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

☐ ตัวแทน

☐ นายหน้าประกันรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปอ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865