

ใบคำขอเอาประกันภัย										
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี <input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน										
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)	สัญชาติ					
	อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ ชั้นอาชีพ _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา _____									
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือถือ _____									
3.	<input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____</td> <td style="width: 10%;">เวลา _____ น.</td> <td style="width: 10%;">สิ้นสุดวันที่ _____</td> <td style="width: 10%;">เวลา _____ น.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>					ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____	เวลา _____ น.	
ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____	เวลา _____ น.							
	<input type="checkbox"/> กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____</td> <td style="width: 10%;">เวลา _____ น.</td> <td style="width: 50%;">กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย</td> </tr> </table>					ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	กรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย		
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 <u>ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)</u> <u>ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร(อ.บ. 2)</u> ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน _____ สัปดาห์ ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน _____ สัปดาห์ ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน ข้อ 6. ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ									
5.	ต้องการให้มีความคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้		จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 1 (อ.บ.1/2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) สำหรับข้อ 4 (ค่ารักษาพยาบาล)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)					
	5.1 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ.3.1) 5.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ.3.2) 5.3 การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่มีผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (อ.บ.3.3) 5.4 การนำรถยนต์ไปจอด การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดถูกสื่อต่อต้านรัฐบาล (อ.บ.3.4) 5.5 การก่อการร้าย (อ.บ.3.5)									

5.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ.5)			
5.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ.6)			
เบี้ยประกันภัยรวมอาการแสบคันและภายี รวมทั้งสิ้น			
6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งสิ้น _____ 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 ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท			
8. ท่านขับขีหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ			
10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลารักษารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน _____ วัน ลักษณะการบาดเจ็บ _____ ผลการรักษา _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา _____			
11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?			
12.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
12.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
12.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
12.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
12.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
12.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
12.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี			
ถ้ามี โปรดระบุ _____			
13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี			
ถ้ามี โปรดระบุ _____			
14. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
ถ้าเคย โปรดระบุ _____			
15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย			
ถ้าเคย โปรดระบุ _____			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

( )

ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

( )

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

( )

ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม

ตัวแทน

นายหน้าประกันภัยรายนี้ ..... ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปอ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865