

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

<p><b>คำเตือน</b> ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ ธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัย ปฏิเสธจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865</p>	ช่องทางการจัดจำหน่าย .....
	เลขที่กรมธรรม์ ..... ประเภทลูกค้า .....
	ตัวแทน/นายหน้า ..... รหัส .....
	ตัวแทน/นายหน้า ..... รหัส .....
ผู้บริหารตัวแทน .....	รหัส .....

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุล ..... นามสกุลเดิม .....  ชาย  หญิง  
 สัญชาติ ..... สถานภาพสมรส  โสด  ม่าย  สมรส  หย่า เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี  
 เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  อื่นๆ ..... เลขที่ .....  
 กรณีสถานภาพ **ม่าย** ระบุสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มสมรส  จากอุบัติเหตุ  จากการเจ็บป่วยด้วยโรค ..... วันเดือนปีที่เสียชีวิต .....  
 ชื่อกรรชา/สามี ..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

2. ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 สถานที่ทำงาน ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 สถานที่ติดต่อ  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....

3. อาชีพประจำ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
 โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ .....  
 อาชีพเสริม ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
 โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ .....  
 ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่  ใช้ในอาชีพเป็นประจำ  เป็นครั้งคราว  ไม่

4. รายละเอียดความคุ้มครองที่ต้องการ แผนความคุ้มครอง ..... ความคุ้มครองที่ต้องการชื่อ

ข้อ 1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 1) หรือ  
 การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อบ. 2) จำนวนเอาประกันภัย ..... บาท

ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน 52 สัปดาห์ จำนวนเอาประกันภัย ..... บาท

ข้อ 3. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง จำนวนเอาประกันภัย ..... บาท

ข้อ 4. การจับกุม/โดยสารจักรยานยนต์ จำนวนเอาประกันภัย ..... บาท

ข้อ 5. การถูกฆาตกรรม/ถูกทำร้ายร่างกาย จำนวนเอาประกันภัย ..... บาท

เบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้ ..... บาท ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่ .....

5. ผู้รับประกัน (หากมิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกันให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อผู้รับประกัน	ความสัมพันธ์	อายุ	ร้อยละ	ที่อยู่
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

6. ปัจจุบันท่านได้เอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันเกี่ยวกับสุขภาพ หรือกำลังสมัครขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่น  
 อีกหรือไม่  มี  ไม่มี ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันชีวิต	จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ	จำนวนเงินเอาประกันเกี่ยวกับสุขภาพ
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  เปลี่ยนแปลง  ไม่เปลี่ยนแปลง  
 .....  
 กรณีเปลี่ยนแปลง โปรดระบุ  เพิ่มขึ้น  ลดลง น้ำหนักเปลี่ยนแปลง ..... กก.  
 ช.ม. ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง  ออกกำลังกาย  ควบคุมอาหาร  อื่นๆ โปรดระบุ .....

