



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ
(ACCIDENT INSURANCE POLICY APPLICATION FORM)

แบบใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ (Being an integral part of Accident Insurance Policy)

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....
(Applicant's Name-Last Name : Mr./Mrs./Ms.)

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... หมู่บ้าน.....
(Present Address) (House No.) (Moo) (Soi) (Mooban)

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
(Road) (Sub-district) (District)

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
(Province) (Postcode) (Tel.)

บัตรประชาชน (Identity Card) บัตรข้าราชการ (Government Identity Card) ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว (Alien Certificate) หนังสือเดินทาง (Passport)

เลขที่..... ออกให้ที่..... วันหมดอายุ.....
(No.) (Issued at) (Expiry Date)

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ส่วนสูง..... น้ำหนัก..... สัญชาติ.....
(Date of Birth : dd/mm/yy) (Age) (Height) (Weight) (Nationality)

อาชีพปัจจุบัน..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานโดยสังเขป.....
(Present Occupation) (Position) (Job Description)

เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ..... บาท รายได้อื่น ๆ..... บาท แหล่งที่มา.....
(Salary/Wage per Year) (THB) (Other Incomes per Year) (THB) (Source of Income)

ชื่อ-สกุลนายจ้าง (นาย/นาง/นางสาว)..... ประเภทกิจการของนายจ้าง.....
(Employer's Name-Last Name : Mr./Mrs./Ms.) (Employer's Type of Business)

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... หมู่บ้าน.....
(Office Address) (House No.) (Moo) (Soi) (Mooban)

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
(Road) (Sub-district) (District)

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
(Province) (Postcode) (Tel.)

2. ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี
(Beneficiary's Name-Last Name : Mr./Mrs./Ms.)

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....
(Relationship to the Applicant) (Present Address)

โทรศัพท์.....
(Tel.)

3. ระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา..... น.
(Period of Insurance) (From) (at) (hrs.) (To) (at) (hrs.)

4.

ข้อตกลงคุ้มครอง (Insurance Coverage)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) (Sum Insured: THB)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท) (Deductible: THB)	เบี้ยประกันภัย (บาท) (Premium: THB)
สำหรับข้อ 1 โปรดเลือกความคุ้มครองที่ต้องการ อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 เพียงข้อเดียว (For item 1, please choose coverage either P.A.1 or P.A.2)			สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น (For Underwriter Only)
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight, or Total Permanent Disability (P.A.1)			
1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight/Hearing/Speech, or Permanent Disability (P.A.2)			
2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์ (Total Temporary Disability) (Max.) (Weeks)			
3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์ (Partial Temporary Disability) (Max.) (Weeks)			
4. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (Medical Expenses for Each Accident)			
5. ความคุ้มครองภัยเพิ่มเติม (Additional Coverages)			
<input type="checkbox"/> การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Driving of or riding as a passenger on motorcycles		<input type="checkbox"/> การเล่นหรือแข่งกีฬาอันตราย Playing or racing dangerous sports	
<input type="checkbox"/> การโดยสารในเครื่องบินโดยสายการบินพาณิชย์ Travelling as a passenger in an aircraft not operated by a commercial airline		<input type="checkbox"/> การสงคราม ฯลฯ War etc.	
<input type="checkbox"/> การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล Strike, Riot, and Civil Commotion			

5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่
Are you holding or have you applied for personal accident insurance policy or life assurance policy with the Company or any other companies?
- ไม่มี (No) มี/ได้ขอ โปรดระบุ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท (Yes, please specify) (Insurer) (Sum Insured)
6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
Have you ever been declined life assurance or personal accident insurance, had your policy cancelled, renewal declined, or additional premium imposed for such insurance?
- ไม่เคย (No) เคย โปรดระบุ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท (Yes, please specify) (Insurer) (Sum Insured)
7. ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ (Do you ride a motorcycle or ride on it as a passenger? (No) (Occasionally) (Regularly))
8. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่ ไม่ เป็นครั้งคราว เป็นประจำ (Do you consume any alcohol drinks? (No) (Occasionally) (Regularly))
9. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
In the past two years, have you ever sustained accidentally bodily injury that required to be hospitalized?
- ไม่เคย (No) เคย โปรดระบุ ระยะเวลาที่เข้ารักษา..... ลักษณะการบาดเจ็บ..... (Yes, please specify) (Period of Treatment) (Nature of Injury)
- ผลการรักษา..... แพทย์/ร.พ.หรือสถานรักษา..... (Result of Treatment) (Physician/Hospital or Polyclinic)
10. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่
Do you have or have you ever been medically treated for any of the following diseases?
- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) |
| ค. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) |
| จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) |
| ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV Positive) | <input type="checkbox"/> ไม่ (No) | <input type="checkbox"/> เคย (Yes) | | | |
11. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูหรือไม่ ไม่ (No) มี โปรดระบุ..... (Yes, please specify)
12. ท่านมีอวัยวะส่วนใดที่มีความพิการหรือไม่ ไม่ (No) มี โปรดระบุ..... (Yes, please specify)
13. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ไม่ (No) มี โปรดระบุ..... (Yes, please specify)
14. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ไม่ (No) มี โปรดระบุ..... (Yes, please specify)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
We warrant that the above statements are true and agree that this application shall be the basic of the contract between me/us and the Company.

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

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(Applicant's Signature)

...../...../.....

วันที่
(Date)

- ตัวแทน (Agent) นายหน้าประกันภัยรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่..... (License No.)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder of the Office of Insurance Commission (OIC)

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void and may have caused the Company to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.