



ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลแบบพิเศษ PA ME STYLE

SPECIAL PERSONAL ACCIDENT INSURANCE POLICY APPLICATION FORM : PA ME STYLE

ใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลแบบพิเศษ (Being an integral part of Special Personal Accident Insurance Policy)

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

ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่	หมู่ที่	หมู่บ้าน
Present Address	House No.	Village No./Moo	Village/Mooban
อาคาร	เลขห้อง/ชั้นที่	ซอย	
Building	Room No./Floor	Lane/Soi	
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	
Road	Subdistrict/Tambon	District/Amphoe	
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์		
Province	Postcode		
โทรศัพท์บ้าน	โทรศัพท์มือถือ	อีเมล	
Home Telephone No.	Mobile Phone No.	Email	
<input type="checkbox"/> บัตรประชาชน	<input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ	<input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง	
Identity Card	Government Identity Card	Passport	
เลขที่	ออกให้ที่	วันหมดอายุ	
No.	Issued at	Expiry Date	

โปรดระบุเพิ่ม กรณีชาวต่างชาติที่เข้ามาอาศัยในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย
 For a foreign citizen or Non-Thai Resident who enter to live in Thailand legally

<input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว	<input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงาน	<input type="checkbox"/> ใบรับรองการเกษียณอายุ
Alien Certificate	Work Permit	Retirement Certificate
เลขที่	ออกให้ที่	วันหมดอายุ
No.	Issued at	Expiry Date

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. สัญชาติ

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง ลักษณะงาน โดยสังเขป

บริษัท	เลขที่	หมู่ที่	หมู่บ้าน
Company Name	No.	Village No./Moo	Village/Mooban
อาคาร	เลขห้อง/ชั้นที่	ซอย	
Building	Room No./Floor	Lane/Soi	
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	
Road	Subdistrict/Tambon	District/Amphoe	
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์		
Province	Postcode		
โทรศัพท์ที่ทำงาน	อีเมล		
Company Telephone No.	Email		

2. ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 Beneficiary's Name and Surname (Mr./Mrs./Ms.) Age Yrs.

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์

3. ระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.
 Period of Insurance From at hrs. To at hrs.

4. โปรแกรมแผนประกันภัย PA ME STYLE ที่ต้องการ
Please select the PA ME STYLE plan

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> Family First | แผน | เบี้ยประกันภัยรวมอากร..... | บาท |
| | Plan | Total Premium | Baht |
| <input type="checkbox"/> PA For All | แผน | เบี้ยประกันภัยรวมอากร | บาท |
| | Plan | Total Premium | Baht |
| <input type="checkbox"/> Fit Style | แผน | เบี้ยประกันภัยรวมอากร | บาท |
| | Plan | Total Premium | Baht |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ | โปรดระบุ | เบี้ยประกันภัยรวมอากร..... | บาท |
| Other | Please Specify | Total Premium | Baht |

5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นๆ หรือไม่
Do you have any life assurance or personal accident insurance with BKI or any other insurance company (ies) ?

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี/ได้ขอ | โปรดระบุ บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย | บาท |
| No | Yes, please specify | Insurer | Sum Insured | Baht |

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
Have you ever been declined life assurance or personal accident insurance, had your policy cancelled, renewal declined, or additional premium imposed for such insurance?

- | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | โปรดระบุ บริษัท | จำนวนเงินเอาประกันภัย | บาท |
| No | Yes, please specify | Insurer | Sum Insured | Baht |

7. ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่
Do you ride a motorcycle or ride on it as a passenger?

- | | | |
|------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว | <input type="checkbox"/> เป็นประจำ |
| No | Occasionally | Regularly |

8. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่
Do you consume any alcohol drinks?

- | | | |
|------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว | <input type="checkbox"/> เป็นประจำ |
| 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?

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------|----------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย | โปรดระบุ | ระยะเวลาที่เข้ารักษา | ลักษณะการบาดเจ็บ |
| No | Yes, please specify | | Period of Treatment | Nature of Injury |
| ผลการรักษา | แพทย์/ร.พ.หรือสถานพยาบาล | | | |
| 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?

- | | | | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| A. โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย | B. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| Epilepsy or Convulsion | No | Yes | Heart Disease | No | Yes |
| C. โรคภาวะหายใจอุดกั้น | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย | D. โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| COPD | No | Yes | Hypertension | No | Yes |
| E. โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย | F. โรคกระดูก และ/หรือ กล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| Diabetes Mellitus | No | Yes | Musculoskeletal | No | Yes |
| G. โรคมะเร็งทุกชนิด | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย | H. โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| Cancer | No | Yes | AIDS or HIV Positive | No | Yes |
| I. โรค SLE/ DLE | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย | | | |
| SLE/DLE | No | Yes | | | |

11. ท่านเคยมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่
Do you have any critical physical or mental injury?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | โปรดระบุ |
| No | Yes, please specify | |

12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูหรือไม่
Do you have any defects of eyesight or hearing?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | โปรดระบุ |
| No | Yes, please specify | |

13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดที่มีความพิการหรือไม่
Do you have any disabled part of your body?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | โปรดระบุ |
| No | Yes, please specify | |

14. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่
Have you ever taken narcotic drugs?

ไม่มี
No

มี โปรดระบุ
Yes, please specify

15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่
Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?

ไม่มี
No

มี โปรดระบุ
Yes, please specify

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
Does the Insured intend to assume the right for tax exemption according to the taxation statute?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
Yes, I intend and agree to have the Company disclose and submit the information on insurance premium to the Revenue Department according to the criteria and procedures provided by the Revenue Department. In case the insured is Non-Thai Resident who is obliged to pay the income tax as to the taxation statute, please specify the taxpayer identification number derived from the Revenue Department

ไม่มีความประสงค์
No

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทผู้รับประกันภัยในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า
I hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I declare that above statements are complete and true. I agree to have this application form included in the contract between I and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the insurance company cancel this insurance policy. Besides, I also authorize the insures/s of this insurance to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
I agree to let the company collect, use and declare the insured's information to the Office of Insurance Commission for regulation of insurance business.

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

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Signature of Applicant

.....

วัน / เดือน / ปี
Date / Month / Year

ประกันภัยโดยตรง
Direct

ตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent

นายหน้าประกันวินาศภัย
Broker

..... ใบอนุญาตเลขที่
License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัย และ/หรือ ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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.