

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1. เริ่มต้นคุ้มครอง.....เวลา.....น. สิ้นสุดความคุ้มครอง.....เวลา.....น.

2. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ นามสกุล นาย/นาง/นางสาว

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ บัตรประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง

3. อาชีพปัจจุบัน.....

รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท 10,000-20,000 20,001-30,000 30,001-50,000 50,000 บาทขึ้นไป

4. ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับผู้เอาประกันภัย

เลขที่..... หมู่บ้าน อาคาร ชั้น..... ห้อง..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....อำเภอ เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

สถานที่ทำงาน ที่อยู่..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

5. โปรดระบุแผนประกันภัยที่ต้องการความคุ้มครอง (ค่าเบี้ยรวมภาษีและอากรแล้ว)

ประวัติการทำประกันภัย (สำหรับผู้เอาประกันภัย แผน HAPPY PA FOR CHILD กรุณากรอรายละเอียดของบุตรเพิ่ม)

แผนความคุ้มครอง.....ระยะเวลาเอาประกันภัย.....

ทุนประกันภัย.....ค่าเบี้ยประกันภัย.....บาท

ผู้รับผลประโยชน์ ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....ความสัมพันธ์.....

ผู้รับผลประโยชน์ ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....ความสัมพันธ์.....

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเก็บเบี้ย

ประกันภัยเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

ผู้เอาประกันภัย ไม่มี มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....

7. ท่านมีประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

ผู้เอาประกันภัย ไม่มี มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....

8. ท่านเคยได้รับเชื้อหรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษาหรือขณะนี้รับการรักษาอยู่หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคลมชัก

โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและ/หรือ กล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือไวรัส HIV หรือมีอวัยวะส่วนใด

ผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่

ผู้เอาประกันภัย ไม่มี มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....

9. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม

หรือไม่

ผู้เอาประกันภัย ไม่มี มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....

ลักษณะการบาดเจ็บ.....ผลการรักษา.....โรงพยาบาล.....

บุตร ไม่เคย เคย (โปรดระบุระยะเวลาที่รักษา).....

ลักษณะการบาดเจ็บ.....ผลการรักษา.....โรงพยาบาล.....

10. ปัจจุบันท่านใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดให้โทษหรือดื่มสุราหรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษหรือต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่

ผู้เอาประกันภัย ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....

11. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหู หรืออวัยวะส่วนใดที่พิการบ้างหรือไม่

ผู้เอาประกันภัย ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย ที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกเหนือจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ธนชาติประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นๆใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย.....วันที่ขอเอาประกันภัย.....

() ()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

การจัดส่งกรมธรรม์

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่ในการจัดส่งกรมธรรม์