

ใบคำขอเอาประกันเลขที่.....
ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุอันใจ แผนประกันภัย ธนชาต ซูชิฟ ทีเอ
<p>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) เลขที่บัตรประชาชนวัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)/ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล..... อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง..... ผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุลความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :</p>
<p>2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.</p>
<p>3. โปรดระบุแผนประกันภัยที่ท่านต้องการซื้อความคุ้มครอง(ดูรายละเอียดด้านหลัง) : <input type="checkbox"/> แผน 1 จำนวนเงินเอาประกันภัย 300,000 บาท เบี้ยประกันภัย รวมภาษีและอากร 2,400 บาท <input type="checkbox"/> แผน 2 จำนวนเงินเอาประกันภัย 500,000 บาท เบี้ยประกันภัย รวมภาษีและอากร 3,400 บาท <input type="checkbox"/> แผน 3 จำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท เบี้ยประกันภัย รวมภาษีและอากร 6,000 บาท</p>
<p>4. ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือขณะนี้รับการรักษาอยู่ หรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคลมชัก โรคลหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคเอดส์หรือไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี โปรดระบุ</p>
<p>5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือ ถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี โปรดระบุ</p>
<p>6. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับธนาชชประกันภัย หรือกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุบริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย.....</p>
<p>7. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน.....วัน ลักษณะการบาดเจ็บผลการรักษา แพทย์/โรงพยาบาลหรือสถานรักษา.....</p>
<p>8. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p>
<p>9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ</p>
<p>10. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ</p>
<p>11. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ</p>
<p>12. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ</p>

- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

- ข้าพเจ้าประสงค์จะให้บริษัทนำส่งกรมธรรม์ประกันภัยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตามช่องทางการติดต่อใดๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไว้ เงื่อนไขตามที่บริษัทกำหนดผ่านทางอีเมล.....

ไม่มีความประสงค์

- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

()
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

()
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()
ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม

ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ความคุ้มครอง (อ.บ.1)	ธนชาต ซูชีพ พีเอ		
	แผน 1	แผน 2	แผน 3
• เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง			
- อุบัติเหตุทั่วไป(ไม่รวมขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	300,000	500,000	1,000,000
- การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	500,000	1,000,000
- ขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	150,000	250,000	500,000
• ค่ารักษาพยาบาลต่อการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง	20,000	30,000	40,000
• ชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (สูงสุดไม่เกิน 365 วัน)	1,000	1,500	2,000
• ผลประโยชน์คุ้มครองค่าปลงศพจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย (กรณีเจ็บป่วยมีระยะเวลารอดคอย 180 วันแรก)	15,000	25,000	50,000
• ผลประโยชน์รายเดือนสำหรับการนอนรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจากการบาดเจ็บที่เกินกว่า 7 วัน และ/หรือจากการบาดเจ็บจนไม่สามารถทำงานได้ติดต่อกันเกินกว่า 30 วัน (รวม อบ.1/จยย. เต็มทุน)	7,500	12,500	25,000
เบี้ยประกันภัยรายปีรวมภาษีและอากร	2,400	3,400	6,000