



## ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล PA อุ่นใจบี้ว์ตี้แคร์

1. ผู้เอาประกันภัย  นาย  นาง  นางสาว ..... นามสกุล .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... อาคาร/หมู่บ้าน .....  
 ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....  
 บัตรประชาชน  บัตรข้าราชการ  ในสำคัญประจำคนต่างด้าว  หนังสือเดินทาง เลขที่ .....  
 ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ ..... จังหวัด ..... ประเทศ .....  
 \*\*กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัว เพื่อเป็นหลักฐานการแสดงตนก่อนทำธุรกรรมกับบริษัท ตาม พรบ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 \*\*  
 วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กิโลกรัม) .....  
 อาชีพปัจจุบัน ..... ตำแหน่ง .....  
 ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป .....  
 ชื่ออาชีพ ..... รายได้ต่อปี .....

### 2. ผู้รับประโยชน์

2.1 ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย .....  
 เบอร์โทรศัพท์ ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้  ที่อยู่เดียวกันกับผู้เอาประกันภัย .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

2.2 ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย .....  
 เบอร์โทรศัพท์ ..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้  ที่อยู่เดียวกันกับผู้เอาประกันภัย .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน .....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1ปี) เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.

4. แผนความคุ้มครอง : โปรดทำเครื่องหมาย  หน้าแผนความคุ้มครองที่ต้องการ (สำหรับอายุ 18 ปี - 60 ปี และจำกัด 1 คน 1 แผนเท่านั้น)

| ผลประโยชน์ความคุ้มครอง  | <input type="checkbox"/> แผน 1 | <input type="checkbox"/> แผน 2 | <input type="checkbox"/> แผน 3 | <input type="checkbox"/> แผน 4    |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (ฉบับ.2)<br>1.1 อุบัติเหตุทั่วไป<br>1.2 การถูกฆ่าตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย<br>1.3 การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ | 100,000<br>100,000<br>50,000   | 300,000<br>300,000<br>150,000  | 500,000<br>500,000<br>250,000  | 1,000,000<br>1,000,000<br>500,000 |
| 2. ค่ารักษาพยาบาลต่อการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง   | 10,000                         | 30,000                         | 50,000                         | 100,000                           |
| 3. ค่าศัลยกรรมตกแต่งสร้างต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดแต่ละครั้ง   | 10,000                         | 30,000                         | 50,000                         | 100,000                           |
| 4. ค่ารักษาพยาบาลทันตกรรมต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดแต่ละครั้ง   | 2,000                          | 5,000                          | 8,000                          | 10,000                            |
| 5. เงินชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 30 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)  | 500                            | 1,000                          | 1,000                          | 1,000                             |
| ค่าเบี้ยประกันภัยต่อคนต่อปี (รวมอาหารและมื้อ)   | 1,800                          | 3,300                          | 4,900                          | 7,800                             |

หมายเหตุ : การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาการบาดเจ็บนั้นๆ และให้รวมถึงกรณีรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วต่อมาเสียชีวิตก่อนครบ 6 ชั่วโมง

## 5. ประวัติสุขภาพของผู้ءาประกันภัย

- 5.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่?  ไม่มี  มีหรือได้ขอ  
ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์ประกันภัยรวมทั้งหมด ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท  
บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท  
บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท
- 5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเงินเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท  
บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท
- 5.3 ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง .....  
ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา.....  
แพทย์/รพ.หรือสถานที่รักษา .....
- 5.4 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (โรคลมชัก, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคกรดดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ,  
โรคเรื้อง, โรคเอเดส์)  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
- 5.5 ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหน้าหรือไม่?  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ .....
- 5.6 ท่านมีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ .....
- 5.7 ท่านดื่มน้ำสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?  ไม่เคย  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ
- 5.8 ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่?  ไม่เคย  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ
- 5.9 ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
- 5.10 ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่?  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแกล้งตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกเหนือนี้ข้าพเจ้าขออภัยแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัยและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงานหรือบุคคลอื่นใด ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการทำเนินธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัยนิเทศก์ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

( ) ( ) ( ) ( )

ลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

- การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันภัยนิเทศก์  นายหน้าประกันภัย ใบอนุญาตเลขที่ .....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ءาประกันภัยปักปิดข้อความจริง หรือแกล้งข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะยังคงบริษัทมีสิทธิยกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865