

ใบคำขอเอาประกันภัยแบบย่อ
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุอุณโใจ

ใบคำขอเลขที่

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย :

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด / / อายุ ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.) /

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่

โทรศัพท์บ้าน

โทรศัพท์มือถือ

อีเมล อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง

ผู้รับประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่

เวลา

น. สิ้นสุดวันที่

เวลา 24.00 น.

โปรดระบุแผนประกันภัยที่ท่านต้องการซื้อความคุ้มครอง :

เลือกชำระเบี้ยแบบงวด ☐ ราย

เดือนติดต่อกัน ☐ รายปี

เบี้ยประกันภัยสุทธิ :

บาท

อากรมแสดงปี :

บาท

ภาษี :

บาท

เบี้ยประกันภัยรวม

บาท

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ และอื่นๆ

กรณีซื้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือขณะนี้ได้รับการรักษาอยู่ หรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ด้วยโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมะเร็ง โรคเอดส์หรือไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?

ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี โปรดระบุ

- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิตหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี โปรดระบุ

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล องค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ธนาชาตประกันภัย จำกัด (มหาชน)
- บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเงินคืนตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ :

☐ ไม่มีความประสงค์

- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอรับกรมธรรม์ กรมธรรม์ฉบับต่ออายุ สลากหลัง และเอกสารใดๆ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

☐ ข้าพเจ้าประสงค์รับเอกสารผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์เท่านั้นไม่ประสงค์รับเอกสารใดๆ ในรูปแบบกระดาษ

โปรดระบุ E-Mail

(หากท่านเคยระบุ E-Mail ไว้ในระบบแล้ว ระบบจะจัดส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ให้ท่านโดยอัตโนมัติ)

☐ ข้าพเจ้าประสงค์รับเอกสารใดๆ ในรูปแบบกระดาษ (กรณีที่ท่านเคยระบุ E-Mail ไว้ในระบบท่านจะได้รับเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ด้วยอัตโนมัติ ซึ่งท่านสามารถเพิ่มหรือแก้ไข E-Mail ของท่านได้)

โปรดระบุ E-Mail

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้ารับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้อง และสมบูรณ์

ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ

วันที่ขอเอาประกันภัย / /

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย

()

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย

☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้

ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

สำหรับพนักงานขาย (ส่วนของบริษัท)

ชื่อผู้ขายกรมธรรม์

รหัสพนักงาน

เลขที่ใบอนุญาตตัวแทน

เบอร์โทรศัพท์

ชื่อหัวหน้างาน

รหัสพนักงาน

เลขที่ใบอนุญาตตัวแทน

เบอร์โทรศัพท์