

## ໃບຄໍາຂອເປະກັນກັບອຸບັດເຫດ

**คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขออาประกันภัยต้องตอบคำถามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริง ได้อาจเป็นเหตุให้รัฐธรรมนูญประกันภัยปฏิเสธจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865**

ช่องทางการจัดจำหน่าย .....	
เลขที่กรมธรรม์ .....	ประเภทลูกค้า.....
ตัวแทน/นายหน้า.....	รหัส .....
ตัวแทน/นายหน้า.....	รหัส .....
ผู้บริหารตัวแทน.....	รหัส.....

### **ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขออาปะรักษันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขออาปะรักษันภัย**

- |  |  |                              |                               |
|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| 1.ชื่อและนามสกุล .....   | นามสกุลเดิม .....  | <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง |
| สัญชาติ.....   | สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> มี夫 <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า เกิดวันที่ ..... | เดือน .....                  | พ.ศ. .... อายุ.....ปี         |
| เอกสารที่ใช้แสดง <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....   | เลขที่ .....   |                              |                               |
| กรณีสถานภาพ <u>ม่าย</u> ระบุสาเหตุการเสียชีวิตของคู่สมรส <input type="checkbox"/> จากอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> จากการเจ็บป่วยด้วยโรค.....              | วันเดือนปีที่เสียชีวิต .....   |                              |                               |
| ชื่อกรรยา/สามี .....   | เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....   |                              |                               |
| 2.ที่อยู่ปัจจุบัน .....  | หมู่ที่ .....  | ตำบล/แขวง .....              | ถนน .....                     |
| ..... อำเภอ/เขต .....  | จังหวัด .....  | รหัสไปรษณีย์ .....           | โทรศัพท์.....                 |
| สถานที่ทำงาน .....   | หมู่ที่ .....  | ตำบล/แขวง .....              | ถนน .....                     |
| ..... อำเภอ/เขต .....  | จังหวัด .....  | รหัสไปรษณีย์ .....           | โทรศัพท์.....                 |
| สถานที่ติดต่อ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ .....  | E-mail .....   |                              |                               |
| 3.อาชีพประจำ .....   | รายได้ต่อปี .....  | บาท .....                    |                               |
| โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ .....  |  |                              |                               |
| อาชีพเสริม.....  | รายได้ต่อปี .....  | บาท .....                    |                               |
| โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ.....   |  |                              |                               |
| ท่านเข้ามาที่ห้องโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช้ใบอนุญาตปีน่าจะ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ไม่..... |  |                              |                               |

4. รายละเอียดความคุ้มครองที่ต้องการ แผนความคุ้มครอง.....	ความคุ้มครองที่ต้องการซื้อ
ข้อ 1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อน. 1) หรือ การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อน. 2) จำนวนอาประกันกับ .....	บาท
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน 52 สัปดาห์	จำนวนอาประกันกับ .....
ข้อ 3. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุเดียวครั้ง	จำนวนอาประกันกับ .....
ข้อ 4. การขับปี่/โดยสารจักรยานยนต์	จำนวนอาประกันกับ .....
ข้อ 5. การถูกฆ่ากรรม/ถูกทำร้ายร่างกาย	จำนวนอาประกันกับ .....
เมื่อประกันกับที่ชำระพร้อมใบคำขอ .....	บาท ใบรับเงินชั่วคราวเลขที่ .....

5. ผู้รับประโภชน์ (หากมิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโภชน์ให้อธิบายว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อผู้รับประทาน	ความสัมพันธ์	อายุ	รือขลัง	ที่อยู่
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

6. ปัจจุบันท่านได้อ Era ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือกำลังสมัครขอ Era ประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรืออื่นๆ อีกหรือไม่  มี  ไม่มี ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินอาประกันชีวิต	จำนวนเงินอาประกันอุบัติเหตุ	จำนวนเงินอาประกันเกียวกับสุขภาพ
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่  เปลี่ยนแปลง  ไม่เปลี่ยนแปลง  
..... ..... กรณีเปลี่ยนแปลง โปรดระบุ  เพิ่มขึ้น  ลดลง น้ำหนักเปลี่ยนแปลง ..... ก.ก.  
..... ..... หมายเหตุที่น้ำหนักได้เปลี่ยนแปลง  ออกกำลังกาย  ความเครียด  อื่นๆ โปรดระบุ .....

## ใช้เฉพาะ Group PA

8. ก) ท่านเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใด ๆ หรือไม่  เป็นประจำ  เป็นครั้งคราว  ไม่  
 ข) ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ ยาเสพติด หรือสารเสพติดใดๆหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
 ค) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสิ่งมึนเมาหรือไม่  ดื่ม  ไม่ดื่ม  
 ถ้าดื่มน้ำประบุชนิด  ไวน์  เมียร์  สุรา  อื่นๆ ประดับน้ำ ..... ความถี่ ..... ครั้งต่อ  สัปดาห์  เดือน  
 ปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง  1-3 แก้ว/กระป๋อง  4-5 แก้ว/กระป๋อง  6-7 แก้ว/กระป๋อง  มากกว่า 7 แก้ว/กระป๋อง  
 ถ้าในอดีตเคยและปัจจุบันหยุดแล้ว ท่านหยุดนาน ..... ปี สาเหตุของการหยุด .....  
 ง) ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขเรื้อรังหรือไม่  เคย  ไม่เคย

9. ท่านเคยเป็น หรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ลมชักเมษาหวาน มะเร็ง โรคกระดูกและ/or กล้ามเนื้อ โรคอุดตัน ความพิคปักษ์ทาง  
 สายตา ประสาทสูญ ความพิคปักษ์ทางจิต หรือมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
 กรณิที่คำตอบในข้อ 9 คือ “เคย” โปรดแจ้งรายละเอียด

คำถามข้อ	ลักษณะปัญหา หรือโรค หรือการบาดเจ็บ หรือยา หรือการรักษา	วันที่เริ่ม / ระยะเวลาที่มีอาการ หรือป่วย หรือรักษา	จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในฐานะผู้ป่วยใน	ผลการรักษา หรือผลการตรวจ	ชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ช่วยระเบี้ยประกันภัย

10. ผู้ช่วยอาประกันภัยเป็นผู้ช่วยระเบี้ยประกันภัยด้วยตัวของใช้หรือไม่  ใช่ ถ้าใช่ - ไม่ต้องตอบรายละเอียดด้านล่าง  
 ไม่ใช่

ข้าพเจ้า  ในฐานะผู้รับประโภชน์หลักและผู้ปักครองผู้เยาว์ที่สมควรอาประกันภัย(กรณีผู้ช่วยอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี)  
 ในฐานะผู้ช่วยระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ช่วยอาประกันภัยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป)

- 10.1 ชื่อและนามสกุล ..... นามสกุลเดิม .....  ชาย  หญิง  
 สถานภาพสมรส  โสด  为人妻  สมรส  หย่า เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี  
 เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  อื่นๆ ..... เลขที่ .....  
 กรณีสถานภาพ  ม่าย ระบุสาเหตุการเสียชีวิตของคู่สมรส  จากอุบัติเหตุ  จากการเจ็บป่วยด้วยโรค ..... วันเดือนปีที่เสียชีวิต .....  
 ความสัมพันธ์  บิดามารดา  สามี/ภรรยา  ผู้ปักครองโดยชอบธรรม  อื่นๆ ประดับน้ำ .....  
 10.2 ที่อยู่ปัจจุบัน ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 สถานที่ทำงาน ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
 สถานที่ติดต่อ  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....  
 10.3 อาชีพประจำ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
 โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ .....  
 อาชีพเสริม ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
 โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ .....

หมายเหตุ: กรณีเนื้อที่ไม่พึงพอในการกรอกข้อมูล กรุณาเขียนรายละเอียดเพิ่มเติมในคำว่องขอแก้ไขเพิ่มเติมในคำขออาประกันภัย  
 การให้ถ้อยคำและการยินยอม

ข้าพเจ้า  ผู้ช่วยอาประกันภัย  ผู้เยาว์ที่ขออาประกันภัยและผู้ปักครองโดยชอบธรรมร่วมกันหรือแทนกัน  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำกล่าวของข้าพเจ้าเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท และข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าข้อตกลงใด ๆ  
 การออกค่าธรรมเนียมที่ต้องชำระหรือค่าตอบของข้าพเจ้าในใบส่วนงานหรือเอกสารใดๆ ไม่ผูกพันบริษัทฯ เว้นแต่ว่าจะได้กระทำเป็นลายลักษณ์อักษรและได้  
 ลงนามในเอกสารนี้ ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ที่ได้ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยท่านนี้  
 เก็บที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(.....) (.....) (.....)  
 ลงลายมือชื่อพยาน ..... ลงลายมือชื่อผู้ปักครองโดยชอบธรรม ..... ลงลายมือชื่อผู้ช่วยอาประกันภัย

ลงลายมือชื่อพยาน

ลงลายมือชื่อผู้ปักครองโดยชอบธรรม

ลงลายมือชื่อผู้ช่วยอาประกันภัย