

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
Proposal for Accident Insurance

1. ผู้ขอเอาประกันภัย/The Proposer: ชื่อ (Name)..... เพศ (Sex)
 ที่อยู่ (Address).....
 รหัสไปรษณีย์ (Post Code)..... โทร (Tel).....
☐ บัตรประชาชน/ Identity card ☐ บัตรข้าราชการ/Government Identity card ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/Alien Certificate
☐ หนังสือเดินทาง/Passport เลขที่ (No.).....
 ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ (Issued at)..... จังหวัด (Province)..... ประเทศ (Country).....

อายุ/Age	วัน เดือน ปีเกิด/Date of Birth	ความสูง/Height	น้ำหนัก/Weight	สัญชาติ/Nationality

อาชีพปัจจุบัน (Present Occupation)..... ตำแหน่ง (Position).....
 ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป(Job Description)..... ชั้นอาชีพ: Occupation Class:.....
 เงินเดือน/ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ..... บาท (Baht)
 รายได้อื่น ๆ (Others) ปีละ..... บาท (Baht)
 แหล่งที่มา (Source).....
 (การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้ขอเอาประกันภัยโปรดแสดงข้อเท็จจริง)
 ชื่อนายจ้าง(Employer's Name).....
 กิจการของนายจ้าง (Employer's Business).....
 ที่อยู่ของนายจ้าง (Employer's Address).....
 รหัสไปรษณีย์ (Post Code)..... โทร (Tel).....

2. ผู้รับผลประโยชน์: ชื่อ (Name)..... อายุ (Age).....
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship to the Proposer).....
 ที่อยู่ (Address).....
 รหัสไปรษณีย์ (Post Code)..... โทร (Tel).....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา 12.00 น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 12.00 น.
 Period of Insurance required: From at 12.00 hours. To at 12.00 hours.

4. จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ(Sum Insured required) บาท (Baht)

ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงิน เอาประกันภัย Sum Insured	ความรับผิด ส่วนแรก Deductible	(บริษัทกรอก) Company full in เบี้ยประกันภัย Premium
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง / For coverage in item 1 please choose coverage either P.A.1 or P.A.2			
☐ ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A.1)			
☐ ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight Hearing Speech or Permanent Disability (P.A.2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks			
ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / Item 4. Medical Expenses Each Accident			
เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่มเติม/ Additional Premium			
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย/ Premium Discount			
เบี้ยประกันสุทธิ / Net Premium			
ภาษี / Tax			
อากร/ Stamps			
เบี้ยประกันรวม/ Total Premium			
5. ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้/ Please include coverage on additional hazards as follows: ☐ การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์/ Driving of or riding as a passenger on motorcycles ☐ การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่ไม่ได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ / Traveling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline ☐ การเล่นหรือแข่งขันกีฬาอันตราย/ Playing or racing dangerous sport ☐ การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล/ Strike Riot and Civil Commotion ☐ การสงคราม ฯลฯ/ War etc.			
6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่? Do you have or have proposed for personal accident insurance or Life insurance with the company or any other company? ☐ ไม่มี(No) ☐ มีหรือได้ขอ (Yes) ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง If yes, please state บริษัท(Company)..... จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum Insured).....			
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? Have you ever been canceled life insurance or personal accident insurance or had your insurance canceled or had renewal declined or had additional premium imposed for such insurance? ☐ ไม่เคย(No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state บริษัท (Company)จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum Insured).....			
8. ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? /Do you drive or ride as a passenger on motorcycle? ☐ ไม่ (No) ☐ เป็นครั้งคราว (Occasionally) ☐ เป็นประจำ (Regularly)			

9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? Do you take or consume alcoholic drinks?

☐ ไม่ (No) ☐ เป็นครั้งคราว (Occasionally) ☐ เป็นประจำ (Regularly)

10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized?

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state.....ระยะเวลา (Period of Treatment).....

ลักษณะการบาดเจ็บ (Nature of injury)..... ผลการรักษา (Result of Treatment).....

แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา (Physician/Hospital or Polyclinic)

11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? Do you have or have you ever been treated for?

ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes)

ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Melilitus) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes)

จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes)

ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes)

12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? Do you have defects in eyesight or hearing?

☐ ไม่ (No) ☐ มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :.....

13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่? Do you have any disabled part of your body?

☐ ไม่ (No) ☐ มี (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state:.....

14. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่? Have you ever taken narcotic drugs?

☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state:

15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?

☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state:.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company.

.....

ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

Written by

.....

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

Proposer's Signature

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Date.....

.....

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

Legal Representative's Signature

☐ ตัวแทน /Agent ☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้ /Broker ☐ ใบอนุญาตเลขที่ /License No.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.