

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แผนประกันภัย PA Top Shield | <input type="checkbox"/> แผน..... |
| <input type="checkbox"/> แผนประกันภัย PA Prompt Care | <input type="checkbox"/> แผน..... |
| <input type="checkbox"/> แผนประกันภัย | <input type="checkbox"/> แผน..... |

จำนวนเงินเอาประกันภัยสำหรับคุ้มครองหลัก..... บาท

เบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด ___/___/___ อายุ ___ ปี (ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์)

เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว) อาชีพ

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก : บ้าน ที่ทำงาน

ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่ทำงาน :

เบอร์โทรศัพท์ บ้าน : ที่ทำงาน : มือถือ :

ผู้รับประโยชน์ : 1. ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

2. ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ข้อมูลส่วนตัวผู้อยู่ในอุปการะ : กรณีซื้อความคุ้มครองแผนครอบครัว

1. ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส วัน/เดือน/ปีเกิด : ___/___/___ อายุ : ___ ปี (ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์)

เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว)

ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส

2. ชื่อ-นามสกุล บุตร วัน/เดือน/ปีเกิด : ___/___/___ อายุ : ___ ปี (1 ปี ถึง 20 ปีบริบูรณ์

หรือไม่เกิน 23 ปีบริบูรณ์ หากยังคงศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัย หรืออุดมศึกษา)

เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว) ผู้รับประโยชน์

ความสัมพันธ์กับบุตร

3. ชื่อ-นามสกุล บุตร วัน/เดือน/ปีเกิด : ___/___/___ อายุ : ___ ปี (1 ปี ถึง 20 ปีบริบูรณ์

หรือไม่เกิน 23 ปีบริบูรณ์ หากยังคงศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัย หรืออุดมศึกษา)

เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว) ผู้รับประโยชน์

ความสัมพันธ์กับบุตร

4. ชื่อ-นามสกุล บุตร วัน/เดือน/ปีเกิด : ___/___/___ อายุ : ___ ปี (1 ปี ถึง 20 ปีบริบูรณ์

หรือไม่เกิน 23 ปีบริบูรณ์ หากยังคงศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัย หรืออุดมศึกษา)

เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว) ผู้รับประโยชน์

ความสัมพันธ์กับบุตร

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย/ผู้อยู่ในอุปการะ(กรณีซื้อความคุ้มครองแผนครอบครัว)

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับ บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 - 1.1 ผู้เอาประกันภัย ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ เงินเอาประกันภัย (บาท) _____
 - 1.2 คู่สมรส ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ เงินเอาประกันภัย (บาท) _____
 - 1.3 บุตร ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ เงินเอาประกันภัย (บาท) _____
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 - 2.1 ผู้เอาประกันภัย ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ เงินเอาประกันภัย (บาท) _____
 - 2.2 คู่สมรส ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ เงินเอาประกันภัย (บาท) _____
 - 2.3 บุตร ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ เงินเอาประกันภัย (บาท) _____
3. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือโรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือไม่?
 - 3.1 ผู้เอาประกันภัย ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
 - 3.2 คู่สมรส ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____
 - 3.3 บุตร ไม่เคย/ ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้า/ผู้อยู่ในอุปการะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมาตรฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้า/ผู้อยู่ในอุปการะเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้า/ผู้อยู่ในอุปการะขอมอบอำนาจแก่ บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า/ผู้อยู่ในอุปการะจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า/ผู้อยู่ในอุปการะหรือสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้อยู่ในอุปการะ รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV โดยให้ถือว่า ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมทั้งสำเนาที่จัดทำขึ้นในภายหลังเป็นหลักฐานแห่งการมอบอำนาจดังกล่าว

ทั้งนี้ ขอให้ความยินยอมไว้แก่นายจ้างรวมทั้งบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากนายจ้างเพื่อหักเงินจากบัญชีเงินเดือนของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยในแต่ละงวด ให้แก่บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัยจำกัด (มหาชน) จนกว่าข้าพเจ้าจะขอยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษร (ใช้บังคับเฉพาะกรณีชำระเบี้ยประกันภัยโดยวิธีการตัดบัญชีเงินเดือนเท่านั้น) ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์
วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้
ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

วันที่..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865