



**1. ผู้เอาประกันภัย**

นาย  นาง  นางสาว .....นามสกุล.....เบอร์โทร.....  
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ซอย..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 บัตรประชาชน  บัตรข้าราชการ  ใบสำคัญประชาชนต่างตัว  หนังสือเดินทาง เลขที่..... วัน-เดือน-ปีเกิด..... อายุ..... ปี  
 อาชีพปัจจุบัน..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

**\*\* กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัว เพื่อเป็นหลักฐานการแสดงตนก่อนทำธุรกรรมกับบริษัท ตาม พรบ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542 \*\***

**2. ผู้รับประโยชน์**

2.1 ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

2.2 ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

**(ในกรณีต้องการระบุผู้รับประโยชน์มากกว่าหนึ่งคน สามารถทำได้โดยเขียนหรือพิมพ์ลงกระดาษอื่นพร้อมแนบกับใบคำขอนี้)**

**3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1 ปี) :** เริ่มวันที่  /  /  เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่  /  /  เวลา 16.30 น.

**4. แผนความคุ้มครอง :** โปรดทำเครื่องหมาย  หน้าความคุ้มครองที่ต้องการ และทำเครื่องหมาย  เลือกแผนความคุ้มครอง

ความคุ้มครองที่เลือก :  อบ.1  อบ.2  
 แผนความคุ้มครอง :  แผน 1 ทุนประกัน 100,000 บาท  แผน 2 ทุนประกัน 200,000 บาท  แผน 3 ทุนประกัน 300,000 บาท  
 ทุนประกันที่ต้องการ โปรดระบุ .....บาท

**5. ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย**

- 5.1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่?  
 ไม่มี  มีหรือได้ขอ โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- 5.2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย โปรดแจ้งชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- 5.3) ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่?  
 ไม่เคย  เคย ลักษณะการบาดเจ็บ..... ผลการรักษา..... แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา.....
- 5.4) ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? (ลมชัก, หัวใจ, เอตส์, มะเร็ง, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไวรัสตับอักเสบบี, โรคระดุกหรือกล้ามเนื้อ, พิษสุราเรื้อรัง, สารเสพติดให้โทษรุนแรง)  ไม่เคย  เคย โปรดระบุชื่อโรค.....
- 5.5) ท่านมีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งบกพร่องหรือพิการหรือไม่?  ไม่มี  มี โปรดระบุ.....
- 5.6) ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่?  ไม่ดื่ม  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ
- 5.7) ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....  
 ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทประกันภัยในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใดที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

สำหรับบริษัท : ชื่อผู้ส่งงาน.....  
 รหัสตัวแทน.....  
 โทรศัพท์.....

( )  
 ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
 วันที่...../...../.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865