



**ใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัย**

**แผน HAPPY 45+**

**แบบใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบพิเศษ**

ผู้ขอเอาประกันภัยที่มีสิทธิทำประกันภัยในแผนประกันภัยนี้ได้ ต้องไม่ใช่บุคคลพิการ ทูพพลภาพ หรือผู้ที่ประกอบอาชีพใดอาชีพหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ได้แก่ ทหาร ตำรวจที่ยังรับราชการอยู่ พนักงานรับส่งเอกสารที่ใช้รถจักรยานยนต์ คนขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง ชาวประมง กรรมกร

**1. รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอประกันภัย**

ชื่อ-นามสกุล.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ..... น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....  
อาชีพ..... ลักษณะงาน.....  
ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

**2. ข้อมูลทั่วไป**

ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด(มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นอีกหรือไม่  
 ไม่มี  มี โปรดระบุ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

**3. แผนประกันภัยที่เลือก**

ความคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	<input type="checkbox"/> แผน 4
1) การเสียชีวิต อันเกิดจาก - อุบัติเหตุทั่วไป (อ.บ.1) - ถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย - การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000 100,000 100,000	300,000 150,000 150,000	500,000 250,000 250,000	700,000 350,000 350,000
2) การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวร สิ้นเชิง - อุบัติเหตุทั่วไป (อ.บ.1) - ถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย - การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000 200,000 200,000	600,000 300,000 300,000	1,000,000 500,000 500,000	1,400,000 700,000 700,000
3) การรักษาพยาบาล ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง - ค่าห้องผู้ป่วยปกติ (ไม่เกินวันละ) - ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ICU/CCU) (ไม่เกินวันละ) (ความคุ้มครองค่าห้องถือเป็นส่วนหนึ่งของจำนวนเงิน เอาประกันภัยการรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	100,000 2,000 4,000	100,000 2,000 4,000	200,000 4,000 8,000	200,000 4,000 8,000
4) ค่าใช้จ่ายสำหรับรถเข็นผู้ป่วย (Wheel Chair) ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย	10,000	10,000	10,000	10,000
<b>เบี้ยประกันภัยรายปี (รวมอากรแสตมป์)</b>	<b>3,180</b>	<b>3,500</b>	<b>6,440</b>	<b>7,070</b>

หมายเหตุ : รายละเอียดของความคุ้มครอง เงื่อนไข และข้อยกเว้น เป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย



**บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Bangkok Insurance Public Company Limited**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญานี้ได้ และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแล้ว อันเนื่องมาจากการแถลงเท็จหรือ การปกปิดไม่แจ้งความจริงหรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ของข้าพเจ้าทุกประการ

โดยใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัย ฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษา หรือเคตรวจรักษา ข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และถ่ายสำเนาเอกสารการตรวจวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัท

ลงชื่อ..... ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่ ...../...../.....

**คำเตือน**

ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865