

ใบคำขอเอาประกันภัย

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อ.....
 ลักษณะธุรกิจ.....
 ที่อยู่.....
 รหัสไปรษณีย์.....

2. ผู้ขอเอาประกันภัย

รายละเอียดส่วนตัว

ชื่อ..... เพศ.....
 ที่อยู่.....
 รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... อายุ..... วันเดือนปีเกิด...../...../.....
 บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ
 ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง
 เลขที่.....
 สัญชาติ..... ส่วนสูง..... น้ำหนัก.....

รายละเอียดอาชีพ

อาชีพปัจจุบัน..... ตำแหน่ง.....
 ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....
 เงินเดือน (ต่อปี).....
 ชื่อนายจ้าง..... กิจกรรมของนายจ้าง.....
 ที่อยู่ของนายจ้าง.....

3. ผู้รับประโยชน์

ชื่อ..... อายุ..... บัตรประชาชนเลขที่.....
 ที่อยู่.....
 รหัสไปรษณีย์.....
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

4. ระยะเวลาเอาประกันภัย

เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.

5. แผนความคุ้มครองที่ขอเอาประกันภัย

แผน Plus Plan A แผน Plus Plan B แผน Plus Plan C
 แผน Plus Plan D แผน Plus Plan E

6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

ไม่มี มี
 บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย เคย (ถ้าเคย โปรดแจ้งตามข้างล่าง)
 บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

8. ท่านหรือครอบครัวของท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. โรคลมชัก | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 2. โรคหัวใจ | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 3. ความดันโลหิตสูง | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 4. โรคเบาหวาน | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 5. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 6. โรคมะเร็ง | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 7. โรคเอดส์ | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 8. โรคกระดูก | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 9. โรคพิษสุราเรื้อรัง | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 10. โรคติดเชื้อเสพติดให้โทษ | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 11. มีอวัยวะส่วนใดพิการ | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |
| 12. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา | <input type="radio"/> ไม่ | <input type="radio"/> เคย |

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

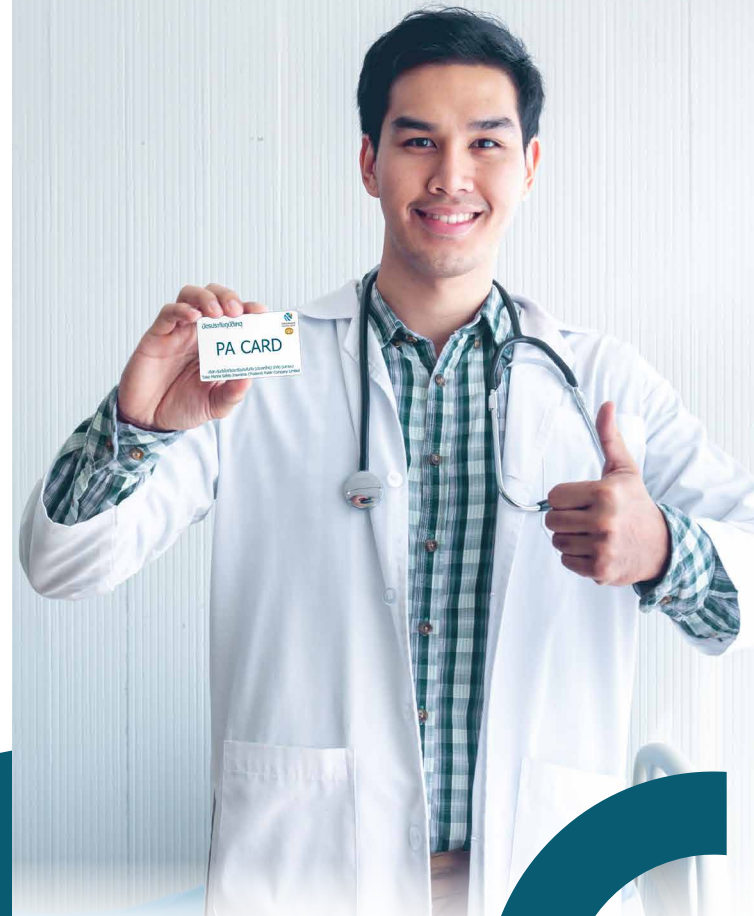
ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเงินคืนได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
 มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์
 (.....)/...../.....
 ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... วัน / เดือน / ปี.....
 ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย
 ใบอนุญาตเลขที่.....

PA Sabai Plus

คุ้มครองอุบัติเหตุทั่วไป
 ตลอด 24 ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก

คุ้มครองโดยทอเกียวมารินประกันภัย



ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พิ้อ สมาย พลัส

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธ
 ความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

แผนประกันภัย พิ้อ สายบ พลัส (PA Sabai Plus)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	Plus Plan A	Plus Plan B	Plus Plan C	Plus Plan D	Plus Plan E
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.2) (ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้าย ร่างกายและไม่รวมอุบัติเหตุ ขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000
ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย และไม่รวมอุบัติเหตุ ขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา เนื่องจากการถูกฆาตกรรมหรือ ถูกทำร้ายร่างกาย	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา เนื่องจากอุบัติเหตุขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	15,000	25,000	50,000	50,000	50,000
การชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในฐานะคนไข้ใน จากอุบัติเหตุ (บาท/วัน สูงสุด 365 วัน)	250	250	500	500	500
ค่าปลงศพ/ค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
ค่าบริการรถพยาบาล	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนที่	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากร/คน	1,200	1,900	2,300	2,800	3,900

เงื่อนไขการรับประกันภัย

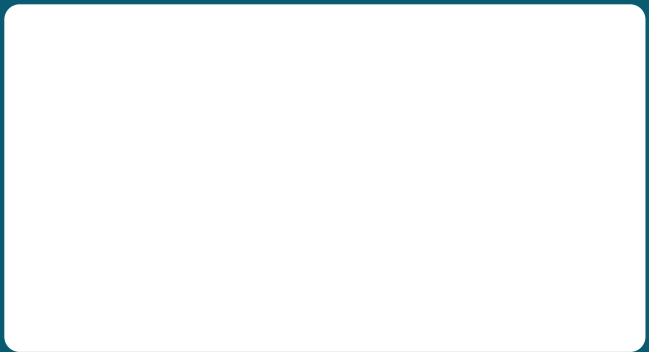
1. อายุผู้ขอเอาประกันภัยระหว่าง 16 - 60 ปี ณ วันที่ทำประกันภัย
2. ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย
3. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีสัญชาติไทย กรณีเป็นชาวต่างชาติ ต้องมีใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย
4. ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติ พิการ บกพร่อง หรือทุพพลภาพ
5. อาชีพที่ไม่รับประกันภัย :

ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับสูง เช่น คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม, ช่างยนต์, ช่างก่อสร้าง, พนักงานในเมือง, กรรมกร, ชาวประมง, คนงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน, พนักงานทำความสะอาดกระจก ภายนอกอาคารสูง, พนักงานติดตั้งไฟฟ้าแรงสูง, นักแข่งรถ, นักร้อง, นักแสดง, นักกีฬา, คนขับรถรับจ้าง, นักข่าว, พนักงานรักษาความปลอดภัย, นักการเมือง, คนขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง, อาสาสมัคร, พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินและนักบิน, คนขับรถแท็กซี่, รวมถึงอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ใช้เครื่องจักรขนาดใหญ่ คนงานที่ไม่มีทักษะเฉพาะ ผู้มีอาชีพที่มีโอกาสเสี่ยงอันตราย



PA Sabai Plus

คุ้มครองอุบัติเหตุทั่วไป
ตลอด 24 ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก



บริษัท คูนิกซ์โตเกียวมารินประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
TOKIO MARINE SAFETY INSURANCE (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED

อาคารเอสแอนด์โอ ชั้น 2-6 เลขที่ 302 ถนนสีลม แขวงสุริยวงค์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
โทรศัพท์ 0-2257-8000 โทรสาร 0-2253-3701, 0-2253-4222