

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

<p><b>คำเตือน</b> ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบ ธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความ เป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับ ประกันภัย ปฏิเสธจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865</p>	<p>เลขที่กรมธรรม์ .....</p> <p>ตัวแทน/เจ้าหน้าที่ผู้แนะนำ (LG)..... รหัส .....</p> <p>ตัวแทน/เจ้าหน้าที่ผู้ปิดการขาย (Seller)..... รหัส .....</p> <p>ผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า..... รหัส .....</p> <p>สาขา/สาขาธนาคาร.....</p>
--	--

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เยาว์ที่ถูกเสนอขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุล ..... นามสกุลเดิม ..... เพศ  ชาย  หญิง  
 วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... สถานภาพสมรส  โสด  ม่าย  สมรส  หย่า  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  - - - หรือ อื่นๆ ระบุ.....เลขที่.....

2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail .....

3. อาชีพประจำ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
 โปรดระบุตำแหน่ง / หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ .....  
 อาชีพเสริม..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
 โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ.....  
 ทำงานประจำหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่  ใช้ในอาชีพเป็นประจำ  เป็นครั้งคราว  ไม่

4. รายละเอียดความคุ้มครองที่ต้องการ แผนความคุ้มครอง..... ความคุ้มครองที่ต้องการซื้อ

ซื้อ 1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) หรือ  
 การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง(อบ. 2) จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ซื้อ 2. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง .....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ซื้อ 3. การขยับ/โดยสารจักรยานยนต์ .....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ซื้อ 4. การถูกฆาตกรรม/ถูกทำร้ายร่างกาย .....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

การชำระค่าเบี้ยประกันภัย ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะชำระค่าเบี้ยประกันภัยพร้อมใบคำขอลบนี้ด้วยวิธี  
 ชำระด้วยตนเอง ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร/เคาน์เตอร์เซอร์วิส/เอ ที เอ็ม  เช็ค  เงินสด  
 เป็นจำนวนเงิน.....บาท เอกสารการรับเงิน ใบรับเงินชั่วคราว/ใบนำฝากเลขที่.....

5. ผู้รับประโยชน์ - หากมิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	อายุ	สัญชาติ	ร้อยละ	ที่อยู่
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

6. ปัจจุบันท่านได้เอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันสุขภาพ หรือกำลังสมัครขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่น  
 อื่นหรือไม่  มี  ไม่มี ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันชีวิต	จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ	จำนวนเงินเอาประกันสุขภาพ
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.

8. ก) ท่านเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดใด ๆ หรือไม่  เป็นประจำ  เป็นครั้งคราว  ไม่  
 ข) ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ ยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
 ค) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสิ่งมีนเมาหรือไม่  ดื่ม  ไม่ดื่ม  
 ถ้าดื่ม โปรดระบุชนิด ..... ความถี่ ..... ครั้งต่อสัปดาห์/เดือน ปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง.....แก้ว/กระป๋อง

9. ท่านเคยเป็น หรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ลมชัก เบาหวาน มะเร็ง โรคระลอกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเอดส์  
 โรคพิษสุราเรื้อรัง ความผิดปกติทางสายตา ประสาทหู ความผิดปกติทางจิต หรือมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่  เคย  ไม่เคย

กรณีที่กำลังตอบในข้อ 9 คือ “เคย” โปรดแจ้งรายละเอียด

โรคหรืออาการเจ็บป่วย	วันที่เริ่มเป็น	ระยะเวลาที่มีอาการหรือรักษา	ผลการรักษาหรือผลการตรวจ	สถานพยาบาลที่ทำการรักษา

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ได้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง**

10. ข้าพเจ้า  ในฐานะผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นนิติบุคคล ชื่อ.....  
 ในฐานะผู้ชำระเบี้ยประกันภัยที่เป็นบุคคลธรรมดา  
ชื่อและนามสกุล..... สัญชาติ.....  
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  อื่น ๆ ..... เลขที่ .....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย  บิดา/มารดา  สามี/ภรรยา  ผู้ปกครองโดยชอบธรรม  อื่นๆ โปรดระบุ .....

11. สถานที่ติดต่อเลขที่ ..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน .....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail .....

**หมายเหตุ: กรณีเนื้อหาไม่เพียงพอในการกรอกข้อมูล กรุณาเขียนรายละเอียดเพิ่มเติมในใบคำร้องขอแก้ไขเพิ่มเติมใบคำขอเอาประกันภัย**

ข้าพเจ้า  ผู้ขอเอาประกันภัย  ผู้เยาว์ที่ขอเอาประกันภัยและผู้ปกครองโดยชอบธรรมร่วมกันหรือแทนกัน ขอรับรองว่าคำตอบและถ้อยแถลงทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้เป็นความจริงทั้งหมด และเป็นสาระสำคัญทำให้ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ตกลงรับประกันภัย หากคำตอบและถ้อยแถลงดังกล่าวเป็นเท็จหรือมีการปกปิดข้อเท็จจริง ให้ถือว่าการประกันภัยเป็นโมฆะ และบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลที่ใช้ประกอบการพิจารณาขอใช้เงินตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าต่อบริษัทอื่น บุคคลอื่น องค์กรหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อการเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์รวมทั้งจัดเก็บและนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในกรณีที่อาจเป็นประโยชน์ต่อข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัทฯ มีอำนาจในการร้องขอหรือรับข้อมูลประวัติการรักษาและสุขภาพของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ และให้ถือว่าอำนาจของการมอบอำนาจนี้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

**คำถามเพิ่มเติม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง**

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ไม่มีความประสงค์

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ลงนามต่อหน้า..... (.....)  
(พยาน/ ตัวแทน/นายหน้า/ เจ้าหน้าที่ธนาคาร)

ลงนาม ..... (.....)  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงนามต่อหน้า..... (.....)  
(พยาน/ ตัวแทน/นายหน้า/ เจ้าหน้าที่ธนาคาร)

ลงนาม ..... (.....)  
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**บันทึกความเข้าใจเกี่ยวกับผลประโยชน์และความคุ้มครอง**

.....

.....