

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

<p>คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัย ปฏิเสธจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ 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 ระบุเลขที่.....

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..... รายได้ต่อปีบาท
 โปรดระบุตำแหน่ง/หน้าที่ความรับผิดชอบ/ลักษณะธุรกิจ.....
 ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่ ใช้ในอาชีพเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

4. รายละเอียดความคุ้มครองที่ต้องการ แผนความคุ้มครอง..... ความคุ้มครองที่ต้องการซื้อ

ข้อ 1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) หรือ
 การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ. 2) จำนวนเงินเอาประกันภัยบาท

ข้อ 2. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้งจำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ข้อ 3. การขับขี่/โดยสารจักรยานยนต์จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ข้อ 4. การถูกฆาตกรรม/ถูกทำร้ายร่างกายจำนวนเงินเอาประกันภัย.....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 หรือกำลังสมัครขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นอีกหรือไม่ 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 เมารถ เมาเรือ โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเอดส์ โรคพิษสุราเรื้อรัง ความผิดปกติทางสายตา ประสาทหู ความผิดปกติทางจิต หรือมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่ เคย ไม่เคย

กรณีที่กำลังตอบในข้อ 9 คือ “เคย” โปรดแจ้งรายละเอียด

โรคหรืออาการเจ็บป่วย	วันที่เริ่มเป็น	ระยะเวลาที่มีอาการหรือรักษา	ผลการรักษาหรือ ผลการตรวจ	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. สถานติดต่อเลขที่ 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 หากคำตอบ และถ้อยแถลงดังกล่าวเป็นเท็จหรือมีการปกปิดข้อเท็จจริง ให้ถือว่า การประกันภัยเป็นโมฆะ และบริษัทฯ มีสิทธิบอกกล่าวได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลที่ใช้ประกอบการพิจารณาขอใช้เงินตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าต่อบริษัทอื่น บุคคลอื่น องค์กรหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อการเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ รวมทั้งจัดเก็บและนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในกรณีที่อาจเป็นประโยชน์ต่อข้าพเจ้า และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัทฯ มีอำนาจในการร้องขอหรือรับข้อมูลประวัติการรักษาและสุขภาพของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ และให้ถือว่าอำนาจของการมอบอำนาจนี้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.....

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

ลงนาม
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

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

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

บันทึกความเข้าใจเกี่ยวกับผลประโยชน์และความคุ้มครอง

.....
.....