

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับรายย่อย (ไมโครอินชัวร์نس)

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____																
	อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	สัญชาติ														
	อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____																
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ มือถือ _____																
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____	เวลา _____ น.	สิ้นสุดวันที่ _____	เวลา _____ น.													
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัย <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%; text-align: center;">ข้อตกลงคุ้มครอง</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง</td> <td style="text-align: center;">100,000</td> </tr> <tr> <td>2. ผลประโยชน์ การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์</td> <td style="text-align: center;">50,000</td> </tr> <tr> <td>3. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน 20 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)</td> <td style="text-align: center;">200/วัน</td> </tr> <tr> <td>4. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยภายในระยะเวลา 180 วันแรก)</td> <td style="text-align: center;">10,000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">เบี้ยประกันรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น</td> <td style="text-align: center;">450 บาท</td> </tr> </tbody> </table>					ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	100,000	2. ผลประโยชน์ การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	3. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน 20 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	200/วัน	4. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยภายในระยะเวลา 180 วันแรก)	10,000	เบี้ยประกันรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น	450 บาท
ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)																
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	100,000																
2. ผลประโยชน์ การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000																
3. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน 20 วัน ตลอดระยะเวลาประกันภัย (ขยายความคุ้มครองขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	200/วัน																
4. ผลประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยภายในระยะเวลา 180 วันแรก)	10,000																
เบี้ยประกันรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น	450 บาท																
5.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคเอดส์ หรือไม่?		<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> เคย													

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

(_____)
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

(_____)
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865