

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล KPI PA Protect

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
- วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ.....
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ 1)..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... สัดส่วน%
 ผู้รับผลประโยชน์ 2)..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... สัดส่วน%
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.

กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่อง เพื่อเลือกแผนความคุ้มครอง

| ความคุ้มครอง | จำนวนเงินเอาประกันภัย | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | แผน 1 | แผน 2 | แผน 3 | แผน 4 |
| 1. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิตโดยถาวรสิ้นเชิง หรือการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก | | | | |
| - อุบัติเหตุทั่วไป | 100,000 | 200,000 | 300,000 | 500,000 |
| - การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย | 50,000 | 100,000 | 150,000 | 250,000 |
| - การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ | 50,000 | 100,000 | 150,000 | 250,000 |
| 2. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (ไม่รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) | 10,000 | 20,000 | 30,000 | 50,000 |
| 3. ค่ารักษาพยาบาลทั่วไป ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) | 5,000 | 10,000 | 15,000 | 25,000 |
| 4. การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 365 วัน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ | 500 | 500 | 1,000 | 2,000 |
| 5. การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ICU เนื่องจากอุบัติเหตุ ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 7 วัน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง รวมถึงอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ | 1,000 | 1,000 | 2,000 | 4,000 |
| เบี้ยประกันรายปี (รวมอากรแสตมป์) | | | | |
| อายุ 20-30 ปี | <input type="checkbox"/> 799 | <input type="checkbox"/> 1,158 | <input type="checkbox"/> 1,741 | <input type="checkbox"/> 2,909 |
| อายุ 31-40 ปี | <input type="checkbox"/> 820 | <input type="checkbox"/> 1,204 | <input type="checkbox"/> 1,811 | <input type="checkbox"/> 3,024 |
| อายุ 41-50 ปี | <input type="checkbox"/> 843 | <input type="checkbox"/> 1,249 | <input type="checkbox"/> 1,880 | <input type="checkbox"/> 3,140 |
| อายุ 51-60 ปี (อายุ 61-65 ปี สำหรับกรณีต่ออายุเท่านั้น) | <input type="checkbox"/> 866 | <input type="checkbox"/> 1,296 | <input type="checkbox"/> 1,949 | <input type="checkbox"/> 3,254 |

****ผู้เอาประกันภัย 1 ท่าน สามารถซื้อกรมธรรม์ประกันภัยได้ 1 ฉบับเท่านั้น****

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยเลือกชำระเบี้ยประกันภัยโดยวิธี ชำระเป็นเงินสด ผ่านบัตรเครดิต
 หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ..... จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระสำหรับ
 ระยะเวลาเอาประกันภัยทั้งหมด บาท (รวมอากรแสตมป์)

ประวัติสุขภาพ

1. ท่านมี หรือได้ขอเอาประกันสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือ บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดระบุ) บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือไม่
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดระบุ) บริษัท.....
3. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคภาวะหัวใจอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรค SLE / DLE หรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงไทยพานิชประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV
 สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้และเปิดเผยขอเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อให้ประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย และยินยอมให้บริษัทฯ ใช้ข้อมูลติดต่อผู้เอาประกันภัย ผ่านช่องทางต่างๆที่ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลไว้ เพื่อเสนอสิทธิประโยชน์ ผลิตภัณฑ์ประกันภัยหรือบริการต่างๆรวมถึงแจ้งข่าวสารของบริษัทฯและ/หรือบริษัทคู่ค้าทางธุรกิจที่จะมีขึ้นในอนาคต

แบบที่ 1 กรณี ผู้มีเงินได้ ชื้อประกันภัยให้กับตนเอง

- ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
 - ไม่มีความประสงค์

แบบที่ 2 กรณี ผู้มีเงินได้ ชื้อประกันภัยให้กับบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

- ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากร เพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
- ยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
 - ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

.....
()

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

.....
()

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....

()

- ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธ การจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้