ใบคำขอเอาประกันภัย

1.ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อ นางสาวชรินทร์ทิพย์ จันทสิทธิ์

ลักษณะธุรกิจ ราชการ

ที่อยู่ 49/3 หมู่ 3 ตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง รหัสไปรษณีย์ 21170

2.ผู้ขอเอาประกันภัย

รายละเอียดส่วนตัว

ชื่อ นางสาวชรินทร์ทิพย์ จันทสิทธิ์ เพศ หญิง

ที่อยู่ 49/3 หมู่ 3 ตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง รหัสไปรษณีย์ 21170

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 087-6128887 อายุ 42 วันเดือนปีเกิด 5 / 8 / 2526

(✓) บัตรประชาชน ○ บัตรข้าราชการ

○ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ○ หนังสือเดินทาง

เลขที่ 3-2103-00446-34-1

สัญชาติ ไทย ส่วนสูง 168 น้ำหนัก 65

รายละเอียดอาชีพ

อาชีพปัจจุบัน รับราชการ ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการศึกษา

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ทำงานเกี่ยวกับเอกสาร

เงินเดือน (ต่อปี) 27,000

ชื่อนายจ้าง อบจ. ระยอง กิจการของนายจ้าง ราชการ

ที่อยู่ของนายจ้าง 140 หมู่ 2 ตำบลเนินพระ อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง 21000

3.ผู้รับประโยชน์

ชื่อ จารุณี ปะสังชอบ อายุ 47 บัตรประชาชนเลขที่ 3-2103-00446-33-3

ที่อยู่ 16/1 หมู่ 4 ตำบลปากน้ำกระแส อำเภอแกลง จังหวัดระยอง 21170 รหัสไปรษณีย์ 21170

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย น้า โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 095-3129060

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	(✓) ไม่	○ เคย
2.	โรคหัวใจ	(✓) ไม่	○ เคย
3.	ความดันโลหิตสูง	(✓) ไม่	○ เคย
4.	โรคเบาหวาน	(✓) ไม่	○ เคย
5.	โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ	(✓) ไม่	○ เคย
6.	โรคมะเร็ง	(✓) ไม่	○ เคย
7.	โรคเอดส์	(✓) ไม่	○ เคย
8.	โรคกระดูก	(✓) ไม่	○ เคย
9.	โรคพิษสุราเรื้อรัง	(✓) ไม่	○ เคย
10.	โรคติดสารเสพติดให้โทษ	(✓) ไม่	○ เคย
11.	มีอวัยวะส่วนใดพิการ	(✓) ไม่	○ เคย

12. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

○ ไม่ (✓) เคย มีดบาดที่เหนือเข่า เย็บ 4 เข็ม

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

(✓) ไม่มีความประสงค์

(ชรินทร์ทิพย์ จันทสิทธิ์) ..../........../..........

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย วัน / เดือน / ปี

○ ตัวแทนประกันวินาศภัย ○ นายหน้าประกันวินาศภัย

ใบอนุญาตเลขที่.......................................

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

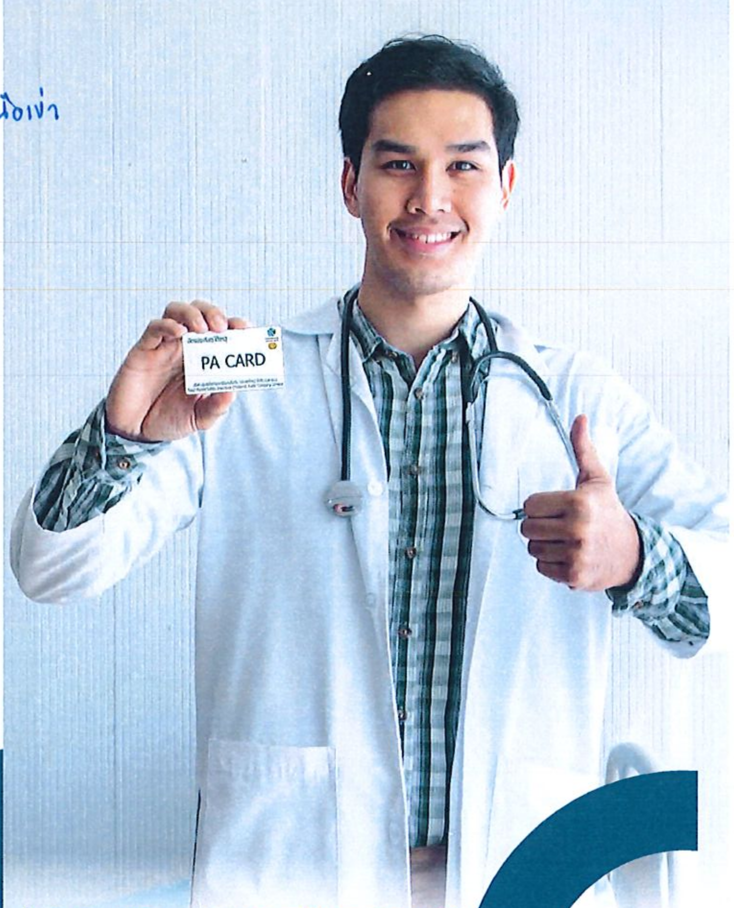
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

PA Sabai Plus

คุ้มครองอุบัติเหตุทั่วไป
ตลอด 24 ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก

คุ้มภัยโตเกียวมารีนประกันภัย



ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล **พีเอ สบาย พลัส**