

## ใบคำขอเอาประกันภัย การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ( Happy PA )

คืนฉบับ  
สำหรับประกันภัย

### 1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง  
 บัตรประชาชน  ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว  หนังสือเดินทาง เลขที่.....ออกให้ ณ เขต/อำเภอ.....

อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	สัญชาติ

ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับการติดต่อสื่อสาร / ส่งเอกสาร  
 เลขที่.....หมู่บ้าน / อาคาร.....ชั้น.....ห้อง.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....E-mail.....  
 อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....ตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....  
 เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ.....บาท รายได้อื่นๆ ปีละ.....บาท แหล่งที่มา.....  
 ( การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้ขอเอาประกันภัย โปรดแจ้งข้อเท็จจริง )  
 ชื่อนายจ้าง.....กิจการของนายจ้าง.....  
 ที่อยู่ของนายจ้าง.....โทรศัพท์.....

### 2. ผู้รับผลประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....  
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่เดียวกับผู้ขอเอาประกันภัย  
 อื่นๆ .....โทรศัพท์.....  
 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....  
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่เดียวกับผู้ขอเอาประกันภัย  
 อื่นๆ .....โทรศัพท์.....  
 ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....  
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่เดียวกับผู้ขอเอาประกันภัย  
 อื่นๆ .....โทรศัพท์.....

### 3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา.....  
 ชื่อ-นามสกุลผู้ขาย.....รหัสพนักงาน.....  
 ชื่อ-นามสกุลหัวหน้าทีม.....รหัสพนักงาน.....  
 ชื่อสาขา.....รหัสสาขา.....

### ผลประโยชน์และความคุ้มครอง

### ตารางเบี้ยประกันภัย อุบัติเหตุส่วนบุคคล

สำหรับลูกค้า

ความคุ้มครอง	ทุนประกันตามแผนความคุ้มครอง					
	Silver	Silver Plus	Gold	Gold Plus	Platinum	Platinum Plus
1. เสียชีวิต ทุพพลภาพถาวรและสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุรวมถึงถูกลอบทำร้ายฆาตกรรม	200,000	200,000	500,000	500,000	1,000,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	20,000	20,000	30,000	30,000	40,000	40,000
3. เสียชีวิตจากการโดยสารหรือขึ้นขี้อากาศยานยนต์	100,000	100,000	250,000	250,000	500,000	500,000
4. ชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ						
- กรณีห้องผู้ป่วยปกติในประเทศไทย	-	300	-	500	-	1,000
- กรณีห้อง ICU หรือ CCU ในประเทศไทย	-	600	-	1,000	-	2,000
- กรณีห้องผู้ป่วยปกติ หรือ ห้อง ICU หรือ CCU ในต่างประเทศ	-	600	-	1,000	-	2,000
เบี้ยประกันภัยต่อปี	○ 645	○ 840	○ 1,160	○ 1,510	○ 1,945	○ 2,645
เบี้ยประกันภัยต่อ 2 ปี	○ 1,265	○ 1,650	○ 2,285	○ 2,975	○ 3,830	○ 5,210
เบี้ยประกันภัยต่อ 3 ปี	○ 1,870	○ 2,435	○ 3,375	○ 4,395	○ 5,655	○ 7,700
เบี้ยประกันภัยต่อ 4 ปี	○ 2,465	○ 3,205	○ 4,440	○ 5,785	○ 7,440	○ 10,135
เบี้ยประกันภัยต่อ 5 ปี	○ 3,035	○ 3,950	○ 5,470	○ 7,130	○ 9,170	○ 12,485

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้มิใช่สัญญาประกันภัย ข้อกำหนดเงื่อนไขการประกันภัยจะระบุไว้ในกรมธรรม์  
 ทั้งนี้ผู้ขอเอาประกันภัยได้ชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัย จำนวน.....บาทแล้ว  
 โดย  เงินสด /  เช็ค /  บัตรเดบิต /  บัตรเครดิต

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่ผู้ขาย/รับเงิน)

4. ต้องการเลือกความคุ้มครองตามแผน

ความคุ้มครอง	ทุนประกันตามแผนความคุ้มครอง					
	Silver	Silver Plus	Gold	Gold Plus	Platinum	Platinum Plus
1. เสียชีวิต ทุพพลภาพถาวรและสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุรวมถึงถูกอบทำร้ายฆาตกรรม	200,000	200,000	500,000	500,000	1,000,000	1,000,000
2. ค่ารักษาพยาบาล (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	20,000	20,000	30,000	30,000	40,000	40,000
3. เสียชีวิตจากการโดยสารหรือขึ้นเครื่องบิน	100,000	100,000	250,000	250,000	500,000	500,000
4. ชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ						
- กรณีห้องผู้ป่วยปกติในประเทศไทย	-	300	-	500	-	1,000
- กรณีห้อง ICU หรือ CCU ในประเทศไทย	-	600	-	1,000	-	2,000
- กรณีห้องผู้ป่วยปกติ หรือ ห้อง ICU หรือ CCU ในต่างประเทศ	-	600	-	1,000	-	2,000
เบี้ยประกันภัยต่อปี	645	840	1,160	1,510	1,945	2,645
เบี้ยประกันภัยต่อ 2 ปี	1,265	1,650	2,285	2,975	3,830	5,210
เบี้ยประกันภัยต่อ 3 ปี	1,870	2,435	3,375	4,395	5,655	7,700
เบี้ยประกันภัยต่อ 4 ปี	2,465	3,205	4,440	5,785	7,440	10,135
เบี้ยประกันภัยต่อ 5 ปี	3,035	3,950	5,470	7,130	9,170	12,485

5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทฯ หรือกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่  
 ไม่  มีหรือได้ขอ (ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง) บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดแจ้ง) บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
7. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่  ไม่  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ
8. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่  ไม่  เป็นครั้งคราว  เป็นประจำ
9. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  ไม่เคย  เคย (ถ้าเคยโปรดแจ้ง) ระยะเวลา.....ลักษณะการบาดเจ็บ.....ผลการรักษา.....แพทย์/โรงพยาบาล.....
10. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่
- |  |   |
|--|---|
| ก. โรคลมชัก <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย           | จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| ข. โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย           | ฉ. โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                   |
| ค. โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย | ช. โรคหลอดเลือด <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย                |
| ง. โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย         |   |
11. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
12. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
13. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
14. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....
15. การต่ออายุอัตโนมัติ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยตกลงชำระเบี้ยประกันภัยให้แก่ บจ. ธนาชาติประกันภัย ตามรายละเอียดดังนี้ ยินยอมให้ธนาคารธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของข้าพเจ้า เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....สาขา.....ลงชื่อ.....(ผู้ถือบัตร/เจ้าของบัญชี)
- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย ที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ "เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครอง เมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว "
- ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....วันที่.....

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ให้ลอกคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแจ้งข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน

ผลประโยชน์ความคุ้มครองที่คุ้มค่า	เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม														
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ไม่ต้องตรวจร่างกายก่อนการทำประกัน</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ไม่จำกัดจำนวนครั้งในการรักษาพยาบาล (จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริง)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ไม่ต้องสำรองจ่าย กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน (ที่โรงพยาบาลในเครือข่าย)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีความหลากหลายแผนความคุ้มครองให้เลือก</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีเงินชดเชยรายได้ ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ลูกค้านำบัตร PA Card (กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ไม่ต้องสำรองจ่าย เมื่อนอนพักรักษาตัว ที่โรงพยาบาลในเครือข่าย)</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กรณีค่ารักษาพยาบาล</th> <th>กรณีเสียชีวิต</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เนื่องจากอุบัติเหตุ</td> <td>1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เนื่องจากอุบัติเหตุ</td> </tr> <tr> <td>2. สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย</td> <td>2. ใบมรณะบัตร</td> </tr> <tr> <td>3. ดันฉบับใบเสร็จรับเงิน</td> <td>3. หนังสือรับรองการตายหรือชันสูตรพลิกศพ</td> </tr> <tr> <td>4. ดันฉบับใบรับรองแพทย์</td> <td>4. บันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้อง</td> </tr> <tr> <td>5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (กรณีต้องการให้โอนเงิน)</td> <td>5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์</td> </tr> </tbody> </table>	กรณีค่ารักษาพยาบาล	กรณีเสียชีวิต	1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เนื่องจากอุบัติเหตุ	1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เนื่องจากอุบัติเหตุ	2. สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย	2. ใบมรณะบัตร	3. ดันฉบับใบเสร็จรับเงิน	3. หนังสือรับรองการตายหรือชันสูตรพลิกศพ	4. ดันฉบับใบรับรองแพทย์	4. บันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้อง	5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (กรณีต้องการให้โอนเงิน)	5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์		6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์
กรณีค่ารักษาพยาบาล	กรณีเสียชีวิต														
1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เนื่องจากอุบัติเหตุ	1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เนื่องจากอุบัติเหตุ														
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย	2. ใบมรณะบัตร														
3. ดันฉบับใบเสร็จรับเงิน	3. หนังสือรับรองการตายหรือชันสูตรพลิกศพ														
4. ดันฉบับใบรับรองแพทย์	4. บันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้อง														
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (กรณีต้องการให้โอนเงิน)	5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์														
	6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์														