



# บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ บมจ. 138

อาคารกรุงเทพประกันภัย 25 ถนนสาทรใต้ กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0 2285 8888, 0 2677 3777 โทรสาร 0 2677 3737-8

## คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ Proposal for Accident Insurance

1. ผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ The Proposer : Name เพศ Sex  
ที่อยู่ Address รหัสไปรษณีย์ Post Code โทร. Tel.  
 บัตรประชาชน Identity card  บัตรข้าราชการ Government Identity card  ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว Alien Certificate  หนังสือเดินทาง Passport  
เลขที่ (No.).....ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ (Issued at).....จังหวัด (Province).....ประเทศ (Country).....

อายุ / Age	วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth	ความสูง / Height	น้ำหนัก / Weight	สัญชาติ / Nationality

อาชีพปัจจุบัน Present Occupation ตำแหน่ง Position  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป Job description ชั้นอาชีพ : Occupation Class  
เงินเดือน/ค่าจ้าง (Salary/Wage) ปีละ.....บาท (Baht)  
รายได้อื่นๆ (Others) ปีละ.....บาท (Baht) แหล่งที่มา (Source).....  
(การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแถลงข้อเท็จจริง)  
ชื่อนายจ้าง Employer's Name กิจการของนายจ้าง Employer's Business  
ที่อยู่ของนายจ้าง Employer's Address รหัสไปรษณีย์ Post Code โทร. Tel.

2. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อ Beneficiary : Name อายุ Age ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Proposer  
ที่อยู่ Address รหัสไปรษณีย์ Post Code โทร. Tel.

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.  
Period of insurance required : From at hours. to at 12.00 hours.

4. จำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Sum Insured required

ข้อตกลงคุ้มครอง Insuring Agreement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	ความรับผิดส่วนแรก Deductible	(บริษัทกรอก Company fill in) เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)
<input type="checkbox"/> สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ.1 หรือ อ.บ.2 ข้อใดข้อหนึ่ง For coverage in Item 1 please choose coverage either P.A. 1 or P.A. 2 ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight or Total Permanent Disability (P.A.1) ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ.2) Item 1. Loss of Life, Dismemberment, Loss of Sight Hearing Speech or Permanent Disability (P.A.2) ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 2. Total Temporary Disability Max. Weeks ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์ Item 3. Partial Temporary Disability Max. Weeks ข้อ 4. การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง Item 4. Medical Expenses Each Accident			
เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่มเติม Additional Premium ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium ภาษี Tax อากกร Stamp เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium			

5. ต้องการให้มีการคุ้มครองภัยเพิ่มเติมดังนี้ Please include coverage on additional hazards as follows :

การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Driving of or riding as a passenger on motorcycles  
 การโดยสารในฐานะผู้โดยสารอากาศยานที่ไม่ได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ Travelling as a passenger in aircraft not operated by a commercial airline  
 การนัดหยุดงาน การจลาจล และการที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล Strike Riot and Civil Commotion  
 การเล่นหรือแข่งขันกีฬาอันตราย Playing or racing dangerous sport  
 การสงคราม ฯลฯ War etc.

6.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่ Do you have or have proposed for personal accident insurance or Life insurance with the company or any other company?	<input type="checkbox"/> ไม่มี (No) บริษัท Company	<input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ (Yes)	ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง If yes, please state: จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum insured
7.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? Have you ever been declined life insurance or personal accident insurance or had your insurance cancelled or had renewal declined or had additional premium imposed for such insurance?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) บริษัท Company	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)	ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state: จำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured
8.	ท่านขับขี่หรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? Do you drive or ride as a passenger on motorcycle?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally)	<input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)
9.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่? Do you take or consume alcoholic drinks?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว (Occasionally)	<input type="checkbox"/> เป็นประจำ (Regularly)
10.	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? In the past two years, have you ever sustained accidental bodily injury that required to be hospitalized?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state:..... ระยะเวลา Period of Treatment..... ลักษณะการบาดเจ็บ Nature of Injury..... ผลการรักษา Result of Treatment..... แพทย์/ร.พ.หรือสถานรักษา..... Physician/Hospital or Polyclinic		
11.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? Do you have or have you ever been treated for? ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) ค. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) จ. โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) ช. โรคเอดส์ (AIDS or HIV positive)	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)	
12.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? Do you have defects in eyesight or hearing?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state: .....
13.	ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่? Do you have any disabled part of your body?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> มี (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state: .....
14.	ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่? Have you ever taken narcotic drugs?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state: .....
15.	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? Have you ever been sentenced for dealing with narcotic drugs?	<input type="checkbox"/> ไม่ (No)	<input type="checkbox"/> เคย (Yes)	ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state: .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท  
I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the Company.

( ..... )  
 ( ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ )  
 Written by

( ..... )  
 ( ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย )  
 Proposer's Signature

( ..... )  
 ( ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม )  
 Legal Representative's Signature

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 Date.....

ตัวแทน Agent  นายหน้าประกันภัยรายนี้..... Broker  ใบอนุญาตเลขที่..... License No.

**คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE**

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.