

บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาเลนเจอร์สระหวาเวอร์ 2
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269
ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

☒ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี
☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน

เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย_____

ชื่อตัวแทน / นายหน้า_____

ใบอนุญาตเลขที่_____ รหัส_____

ผู้บริหารตัวแทน_____ รหัส_____

ใบรับเงินชั่วคราวเล่มที่_____ เลขที่_____

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย_____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

สถานภาพ ☐ สมรส ☐ โสด ☐ หม้าย ☐ หย่า เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทาง

เลขที่_____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ_____ จังหวัด_____ ประเทศ_____

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

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน_____ รหัสไปรษณีย์_____

สถานที่สะดวกในการติดต่อ_____ รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____ โทรศัพท์มือถือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ_____

ชื่อสถานที่ทำงาน_____ ตั้งอยู่ที่_____

รหัสไปรษณีย์_____ โทรศัพท์_____ อาชีพปัจจุบัน_____ ตำแหน่ง_____

ลักษณะงานที่ทำ_____ ขึ้นอาชีพ_____

เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ_____ บาท แหล่งที่มา/หน่วยงาน_____

2. ผู้รับประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล_____ อายุ_____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย_____

ที่อยู่_____ รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์บ้าน_____ โทรศัพท์มือถือ_____

3. ☒ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี

ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่_____	เวลา	16.30 น.	สิ้นสุดวันที่_____	เวลา	16.30 น.
---	------	----------	--------------------	------	----------

☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายเดือน

ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่_____	เวลา	16.30 น.	กรรมธรรม์ประกันภัยนี้เป็นกรรมธรรม์ประกันภัยรายเดือนต่ออายุอัตโนมัติ
			วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ ☐ แผน_____

ข้อตกลงความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ความรับผิดชอบ ส่วนแรก (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
สำหรับความคุ้มครองตามข้อ 1 ให้ท่านระบุความคุ้มครองที่ต้องการตาม อ.บ. 1 หรือ อ.บ. 2 ข้อใดข้อหนึ่ง			
ข้อ 1. การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ. 1)			
ข้อ 1. เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อ.บ. 2)			
ข้อ 2. ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ไม่เกิน.....สัปดาห์			
ข้อ 3. ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน ไม่เกิน.....สัปดาห์			
ข้อ 4. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง			
ข้อ 5. กระจกแตกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการบาดเจ็บอวัยวะภายใน			
ข้อ 6. ขาดเขยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวโรงพยาบาล (ต่อวัน) สูงสุดไม่เกิน.....วัน			
ข้อ 7. อุบัติเหตุสาธารณะ			

5. ต้องการให้มีความคุ้มครองเพิ่มเติมดังนี้

ข้อตกลงความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	(บริษัทกรอก) เบี้ยประกันภัย (บาท)
5.1 การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (อ.บ. 3.1)		
5.2 การแข่งกีฬาอันตราย (อ.บ. 3.2)		
5.3 การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ (อ.บ. 3.3)		
5.4 การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล (อ.บ. 3.4)		
5.5 การก่อการร้าย (อ.บ. 3.5)		
5.6 การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย (อ.บ. 5)		
5.7 ค่าใช้จ่ายทันตกรรม (อ.บ. 6)		
เบี้ยประกันภัย รวมทั้งสิ้น		

6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่	
ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท โปรดแนลงรายละเอียดในกรณีที่มิได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือบริษัทอื่น	
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?	
ถ้าเคยโปรดแจ้ง	
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
8. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?	
9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?	
10. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?	
ถ้าเคยโปรดแจ้งระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม จำนวน _____ วัน	
ลักษณะการบาดเจ็บ _____	
ผลการรักษา _____ แพทย์ / ร.พ. หรือสถานรักษา _____	
11. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?	
11.1 โรคลมชัก	11.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ
11.2 โรคหัวใจ	11.6 โรคมะเร็ง
11.3 ความดันโลหิตสูง	11.7 โรคเอดส์
11.4 โรคเบาหวาน	
12. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?	
13. ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่?	
14. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?	
15. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?	
ส่วนที่ 2 การแสดงความประสงค์ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และการให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูล	
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่	
หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non – Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร	
โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ - - - - - - - - - -	
ส่วนที่ 3 ข้อความยินยันท่องแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม	
ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย	
เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____	
ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย	
(ลงชื่อ) _____ (.....) พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต	(ลงชื่อ) _____ (.....) ผู้ขอเอาประกันภัย
(ลงชื่อ) _____ (.....) พยาน	(ลงชื่อ) _____ (.....) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา / มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)