

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

New iSure Plus 3

- ✓ เบี้ยเริ่มต้นเพียง 800 บาท/ปี
- ✓ คุ้มครองอุบัติเหตุสูงสุด 1,000,000 บาท
- ✓ คุ้มครองค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ รวมการขับขี่และโดยสารจักรยานยนต์
- ✓ ชดเชยรายได้สูงสุดวันละ 1,000 บาท

ความคุ้มครอง

ทุนประกันภัย (บาท)

	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	แผน 9	แผน 10
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรืออวัยวะภาพถาวร (อ.บ.2) (รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย และการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
2. ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 1)	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000	600,000	700,000	800,000	900,000	1,000,000
3. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000	60,000	70,000	80,000	90,000	100,000
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างการเข้า รักษาตัวในโรงพยาบาล (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) (สูงสุดไม่เกิน 120 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)										
ชดเชยวันละ	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1,000
5. ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000

เบี้ยประกันภัยรวม

800	1,350	1,900	2,440	2,990	3,530	4,080	4,620	5,170	5,700
-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้เอาประกันภัยมีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี
2. ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ และไม่มีโรคประจำตัว
3. ผู้เอาประกันภัยที่มีชั้นอาชีพ 1, 2 และ 3 สำหรับชั้นอาชีพอื่นให้พิจารณาตามหลักเกณฑ์การพิจารณารับประกันภัยของบริษัทเป็นรายๆ ไป

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์



02 037 9988



@falconcs



ฟอลคอนประกันภัย



www.falconinsurance.co.th



fcicustomerservice@falconinsurance.co.th



www.falconinsurance.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลนิวไพลัส

Falcon Insurance
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)

New i-Plus

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล IWF ☐ ชาย ☐ หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง(ซม.) น้ำหนัก(กก.) เชื้อชาติ / สัญชาติ /
☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง รายได้ (บาท / ปี)
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป
สถานที่จัดส่งกรมธรรม์ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อีเมล ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ / / เวลา น. สิ้นสุดวันที่ / / เวลา 16.30 น.
โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ ชื่อแบบประกัน แผนที่
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)
การชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายปี โดยวิธี
☐ โอนเงินผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่
☐ บัตรเดบิต หรือ บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตร บัตรหมดอายุ
☐ อื่นๆ (พร้อมหลักฐานแนบ)
ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

- 1 ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ยังมีผลบังคับหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
- 2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ
- 3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการรักษา การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด หรือได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ
- 4 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่
โรคเมร็ง โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือตับโต โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเอสแอลอี (SLE) อัมพฤกษ์ อัมพาต ภาวะพลภาวะ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ
- 5 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไทรอยด์ คอพอก เนื้องอกหรือถุงน้ำที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ปวดศีรษะไมเกรน โรคเกาต์ โรคสตีเวนจอห์นสัน เลือดออกตามไรฟัน ต้อเนื้อต้อกระจก ไข้ส่า นีวทุกชนิด ไขว้สาคตามกระดูกที่แกน ทา หรือที่อื่นๆ
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ

- 6 โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- 7 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดอื่นหรือไม่
☐ ไม่สูบ/ไม่เสพ ☐ สูบ / เสพ ชนิดวันละ..... มวน / วัน
- 8 ปัจจุบันท่านดื่ม สุราหรือของมึนเมาหรือไม่
☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ชนิดวันละ แก้ว / วัน

คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขออาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขออาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

คำรับรองของผู้ขออาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขออาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขออาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขออาประกันภัยได้ตกลงไว้ในคำขออาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคซึ่งผู้ขออาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขออาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขออาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

.....
 (.....)
 ผู้แทนโดยชอบธรรม
 วันที่ขออาประกันภัย/...../.....

.....
 (.....)
 ผู้ขออาประกันภัย
 วันที่ขออาประกันภัย/...../.....

.....
 (.....)
 ตัวแทนประกันวินาศภัย
 วันที่ขออาประกันภัย/...../.....

- ☐ การประกันภัยโดยตรง
☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย
☐ นายหน้าประกันวินาศภัย
☐ ใบอนุญาตเลขที่.....

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว
 สำนักงานการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขออาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865