

ใบคำขอเอาประกันภัย

1.ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อ.....

ลักษณะธุรกิจ.....

ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

2.ผู้ขอเอาประกันภัย

รายละเอียดส่วนตัว

ชื่อ..... เพศ.....

ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อายุ.....วันเดือนปีเกิด...../...../.....

☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ

☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทาง

เลขที่.....

สัญชาติ.....ส่วนสูง.....น้ำหนัก.....

รายละเอียดอาชีพ

อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

เงินเดือน (ต่อปี).....

ชื่อนายจ้าง.....กิจการของนายจ้าง.....

ที่อยู่ของนายจ้าง.....

3.ผู้รับประกันภัย

ชื่อ.....อายุ.....บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

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.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

7.ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคย โปรดแจ้งตามข้างล่าง)

บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

8.ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

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

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

(.....)/...../.....

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....วัน / เดือน / ปี.....

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย

ใบอนุญาตเลขที่.....

เมื่อข้าพเจ้าให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นได้นอกจากของข้าพเจ้าแก่บริษัท ข้าพเจ้าขอรับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่เกี่ยวข้องแก่บุคคลอื่นดังกล่าวแล้วตามที่ปรากฏอยู่ใน www.tokiomarine.com/th/tpdpa และข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย



PA Sabai Plus

ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล พีโอ สบาย พลัส

คุ้มครองอุบัติเหตุทั่วไป ตลอด 24 ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก

คุ้มครองโตเกียวมารีนประกันภัย



ทุกถ้ามั่นใจ ไปได้ไกลกว่า

แผนประกันภัย พิ้อ สบาย พลัส (PA Sabai Plus)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)				
	Plus Plan A	Plus Plan B	Plus Plan C	Plus Plan D	Plus Plan E
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สลายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.2) (ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้าย ร่างกายและไม่รวมอุบัติเหตุ ขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000
ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (ไม่รวมการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย และไม่รวมอุบัติเหตุ ขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สลายตา เนื่องจากการถูกฆาตกรรมหรือ ถูกทำร้ายร่างกาย	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สลายตา เนื่องจากการอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากการอุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000
ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากการอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	15,000	25,000	50,000	50,000	50,000
การชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในฐานะคนไข้ใน จากอุบัติเหตุ (บาท/วัน สูงสุด 365 วัน)	250	250	500	500	500
ค่าปลงศพ/ค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ อันเนื่องจากการอุบัติเหตุ	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
ค่าบริการรถพยาบาล	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนที่	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากร/คน	1,440	2,280	2,760	3,360	3,900

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- อายุผู้ขอเอาประกันภัยระหว่าง 16 - 60 ปี ณ วันที่ทำประกันภัย
- ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องมีถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย
- ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีสัญชาติไทย กรณีเป็นชาวต่างชาติ ต้องมีใบอนุญาตทำงานในประเทศไทย
- ผู้ขอเอาประกันภัยจะต้องไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติ พิการ บกพร่อง หรือทุพพลภาพ
- อาชีพที่ไม่รับประกันภัย :

ลักษณะงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับสูง เช่น คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม, ช่างยนต์, ช่างก่อสร้าง, พนักงานในเมือง, กรรมกร, ชาวประมง, คนงานในแท่นขุดเจาะน้ำมัน, พนักงานทำความสะอาดกระจก ภายนอกอาคารสูง, พนักงานติดตั้งไฟฟ้าแรงสูง, นักแข่งรถ, นักวิ่ง, นักแสดง, นักกีฬา, คนขับรถรับจ้าง, นักข่าว, พนักงานรักษาความปลอดภัย, นักการเมือง, คนขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง, อาสาสมัคร, พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินและนักบิน, คนขับรถแท็กซี่, รวมถึงอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ใช้เครื่องจักรขนาดใหญ่ คนงานที่ไม่มีทักษะเฉพาะ ผู้มีอาชีพที่มีโอกาสเสี่ยงอันตราย



ประกันอุบัติเหตุทุกที่ 24 ชม.
โดยไม่ต้องสำรองจ่าย
เพียงแสดงบัตรประกันอุบัติเหตุ
กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

PA Sabai Plus

คุ้มครองอุบัติเหตุทั่วไป
ตลอด 24 ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก



บริษัท คูนิกซ์ไทยมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
TOKIO MARINE SAFETY INSURANCE (THAILAND) PUBLIC COMPANY LIMITED

อาคารเอสแอนด์อี ชั้น 2-6 เลขที่ 302 ถนนสีลม แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
โทรศัพท์ 0-2257-8000 โทรสาร 0-2253-3701, 0-2253-4222