



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราบาว 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพหลโยธิน 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ Proposal for Accident Insurance

เลขที่ใบคำขอ / กรมธรรม์ -

1. ชื่อ-สกุล ผู้ขอเอาประกันภัย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ วัน / เดือน / ปีเกิด อายุ ปี
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
3. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักหรือไม่ โปรดระบุ
4. เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่ประจำตัวประชาชน
หนังสือเดินทาง ใบสำคัญคนต่างด้าว เลขที่
- ที่อยู่ปัจจุบัน
สถานที่ติดต่อ เลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน
แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ * ไม่ให้ใช้ที่อยู่ตัวแทนเป็นสถานที่ติดต่อ
5. อาชีพ ตำแหน่งหน้าที่และความรับผิดชอบ
ชั้นอาชีพ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ลักษณะของธุรกิจ
รายได้ต่อปี บาท ชื่อและที่อยู่ของสถานที่ทำงาน
ท่านใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหรือไม่
☐ ขับขี่ ☐ ขับขี่และใช้ในอาชีพ ☐ อื่น ๆ ระบุ ☐ ไม่ขับขี่
6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับบริษัทอื่นหรือไม่
☐ มี จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด บาท บริษัทประกันภัยนั้น ๆ ได้แก่ ☐ ไม่มี
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยหรือไม่
☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด ☐ ไม่เคย
8. ผู้รับผลประโยชน์

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์	ความสัมพันธ์กับ ผู้ขอเอาประกันภัย	อายุ (ปี)	สถานที่ติดต่อ

9. คำถามเพื่อข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

คำถามเพื่อข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ขอเอาประกันภัย
(ก) ท่านเคยเป็น หรือเคยถูกบอกว่าเป็น และเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูก และ / หรือกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะ โรคไต โรคหลอดเลือดในสมอง โรคตา โรคหู หรือไม่	☐ เคย ☐ ไม่เคย
(ข) ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่	☐ เคย ☐ ไม่เคย
(ค) ท่านเคยเสพยาเสพติด หรือยาประเภทเป็นเม้าหรือเสพยาสุราเกินขนาด หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดบ้างหรือไม่	☐ เคย ☐ ไม่เคย
(ง) ท่านมีร่างกายส่วนใดพิการหรือไม่	☐ มี ☐ ไม่มี

หากคำตอบในคำถามข้อ (ก-ง) เป็นคำตอบ “เคย” หรือ “มี” โปรดให้รายละเอียด ชื่อ-ที่อยู่ของแพทย์ผู้รักษา และโรงพยาบาล วัน เวลา และผลการตรวจรักษา
ผู้ขอเอา ประกันภัย



10. วงการชำระเบี้ยประกันภัย เบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอ ฯ บาท ตามใบเสร็จรับเงินชั่วคราวเลขที่

11. แผนความคุ้มครอง (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ตามแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือก)

แผนคลาสสิก

ความคุ้มครองแผนคลาสสิก	☐ PAC01	☐ PAC02	☐ PAC03	☐ PAC04	☐ PAC05
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย	100,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000
ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุ รวมการบาดเจ็บจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	20,000	40,000	60,000	80,000	100,000

แผนแพลทินัม (รับประกันเฉพาะชั้นอาชีพ 1 และ 2)

ความคุ้มครองแผนแพลทินัม	☐ PAP01	☐ PAP02	☐ PAP03	☐ PAP04	☐ PAP05
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000	10,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย/การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	750,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุ รวมการบาดเจ็บจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	120,000	150,000	200,000	300,000
การทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง จะได้รับค่าชดเชยรายได้ สัปดาห์ละ(สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์)	1,000	2,000	3,000	5,000	10,000

แผนแม็กซ์ (รับประกันเฉพาะชั้นอาชีพ 1 และ 2)

ความคุ้มครองแผนแม็กซ์	☐ PAM01	☐ PAM02	☐ PAM03	☐ PAM04	☐ PAM05
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย/การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
ความคุ้มครองแผนแม็กซ์	☐ PAM06	☐ PAM07	☐ PAM08	☐ PAM09	☐ PAM10
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	6,000,000	7,000,000	8,000,000	9,000,000	10,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย/การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง หรือให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกัน
()
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

ลงชื่อ ตัวแทนหรือ
นายหน้า/พยาน
()

ลงชื่อ ตัวแทนหรือ
นายหน้า/พยาน
()

เขียนที่
ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
()
*กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

คำเตือนของสำนักงานกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทุกข้อการปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุผลให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหม ทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อตัวแทน
รหัส
ใบอนุญาตเลขที่
ชื่อหน่วย
สาขา

