

**บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด**  
**Allianz C.P. General Insurance Co., Ltd.**

313 อาคาร ซี.พี. ทาวเวอร์ ชั้น 19  
ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
โทร. 0 2638 9000 โทรสาร 0 2638 9030  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3011854464



313 C.P. Tower 19<sup>th</sup> Floor,  
Silom Road, Bangrak, Bangkok 10500  
Tel. +66 2638 9000 Fax. +66 2638 9030  
Tax I.D. 3011854464

**ใบคำขอเอาประกันภัย**

**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลพลัด**

**ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย**

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ เพศ:  ชาย  หญิง  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ อายุ: \_\_\_\_\_ ปี (ไม่เกิน 60 ปี)  
ที่อยู่ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
เงินเดือน/รายได้ต่อปี \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ที่ทำงาน \_\_\_\_\_ ต่อ \_\_\_\_\_  
ผู้รับประโยชน์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

**ข้อมูลส่วนตัวคู่สมรสของผู้ขอเอาประกันภัย: (กรณีซื้อแผนครอบครัว)**

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ เพศ:  ชาย  หญิง  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ อายุ: \_\_\_\_\_ ปี (ไม่เกิน 60 ปี)  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_  
ผู้รับประโยชน์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

**ข้อมูลส่วนตัวบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย: (กรณีซื้อแผนครอบครัว)**

1) ชื่อ-สกุล (นาย/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) \_\_\_\_\_ เพศ:  ชาย  หญิง  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
อายุ: \_\_\_\_\_ ปี (ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ หรือ 23 ปีบริบูรณ์กรณีศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัย หรืออุดมศึกษา)  
ผู้รับประโยชน์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

2) ชื่อ-สกุล (นาย/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) \_\_\_\_\_ เพศ:  ชาย  หญิง  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
อายุ: \_\_\_\_\_ ปี (ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ หรือ 23 ปีบริบูรณ์กรณีศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัย หรืออุดมศึกษา)  
ผู้รับประโยชน์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น. สิ้นสุดวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา 16.30น.

**แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง**

ข้อตกลงคุ้มครอง	แผนประกันภัย และจำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

**บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด**  
**Allianz C.P. General Insurance Co., Ltd.**

313 อาคาร ซี.พี. ทาวเวอร์ ชั้น 19  
ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
โทร. 0 2638 9000 โทรสาร 0 2638 9030  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3011854464



313 C.P. Tower 19<sup>th</sup> Floor,  
Silom Road, Bangrak, Bangkok 10500  
Tel. +66 2638 9000 Fax. +66 2638 9030  
Tax I.D. 3011854464

**วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย**

เลือกชำระเบี้ยประกันภัยโดยอัตโนมัติเป็นงวด  รายเดือน  ราย 3 เดือน  ราย 6 เดือน  รายปี โดยวิธี

เงินสด

เช็คขีดคร่อมในนามบริษัท ..... หมายเลขเช็ค.....  
เช็คลงวันที่.....ชื่อธนาคาร.....สาขา.....

บัตรเครดิตธนาคาร/สถาบันการเงิน .....หมายเลขบัตรเครดิต.....บัตรหมดอายุ.....

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....บัญชีเลขที่.....

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ \_\_\_\_\_ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)

**ประวัติสุขภาพของผู้ขอได้รับความคุ้มครอง**

1. ท่าน (หรือคู่สมรส หรือบุตร) ท่านใดเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดระบุบุคคล และรายละเอียด) .....

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย .....

2. ท่าน (หรือ คู่สมรส หรือ บุตรท่านใด) มีหรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต ไว้กับบริษัท อื่น หรือบริษัท บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด หรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดระบุบุคคล และรายละเอียด) .....

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย .....

3. ท่าน (หรือ คู่สมรส หรือ บุตรท่านใด) กำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการทางร่างกายของอวัยวะส่วนใด หรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดระบุบุคคล และรายละเอียด) .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญา ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่.....

ลงชื่อ .....ผู้ขอเอาประกันภัย

( )

**คำเตือน**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865