

ใบคำขอเอาประกันภัย
 กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลพลัส
 PA Top Shield

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

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

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 16.30น.

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง.....

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ _____ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)

ข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับผู้รับความคุ้มครอง

1. ท่าน เคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัย
 เพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

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

2. ท่าน มีหรือได้เคยขอเอา ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต ไว้กับบริษัท อื่น หรือบริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันภัย จำกัด
 (มหาชน) หรือไม่?

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญา
 ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้
 นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท อลิอันซ์ ซี.พี. จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสาร
 เกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่อง
 เกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่.....

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

คำเตือน

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้
 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865