



1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร _____ โทรมือถือ _____ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ อาชีพปัจจุบัน _____ ประเภทธุรกิจ _____ ตำแหน่ง _____ เงินเดือน/ค่าจ้าง ปีละ _____ บาท อายุงาน _____ ปี
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ ผู้รับประกันภัย: ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ น. 16.30 น.
4.	ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ <input type="checkbox"/> แบบ _____ <input type="checkbox"/> แผน _____ เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี รวมทั้งสิ้น _____ บาท
5.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ ถ้ามีหรือได้ขอ โปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท โปรดแสดงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น 5.1 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 5.2 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท (หากมีรายละเอียดมากกว่า 3 รายการ กรุณาแนบเอกสารเพิ่มเติม)
6.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
7.	ท่านขี้ขี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ
8.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? 8.1 โรคลมชัก <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย 8.2 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย 8.3 ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย 8.4 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย 8.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย 8.6 โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย 8.7 โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
9.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____
11.	ท่านมีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มี ถ้ามี โปรดระบุ _____
12.	ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคย โปรดระบุ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงความรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

(_____)

ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

ตัวแทน

(_____)

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

นายหน้าประกันภัยรายนี้

(_____)

ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865