

ใบคำขอเอาประกันภัยส่วนบุคคล (PA Protect)

แผน 1 แผน 2 แผน 3

1. ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล

หมายเลขบัตรประชาชน /...../.....

สัญชาติ อายุ ปี เกิดวันที่ (ว/ด/ป) /..... /.....

ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

โทรศัพท์ รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์มือถือ /..... /.....

E-mail Facebook/Line ID

2. อาชีพ

อาชีพ ตำแหน่ง

ลักษณะงานโดยสังเขป

ที่อยู่ทำงาน

..... โทรศัพท์

รายได้ต่อเดือน บาท

3. ผู้รับผลประโยชน์

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล

ความสัมพันธ์ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่

หมู่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

4. เริ่มความคุ้มครองวันที่ (ว/ด/ป) เวลา 16.30 น.

สิ้นสุดความคุ้มครองวันที่ (ว/ด/ป) เวลา 16.30 น.

5. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่

โรคหัวใจ ไม่เคย เคย

โรคเบาหวาน ไม่เคย เคย

โรคเมะเร็ง ไม่เคย เคย

โรคลมบ้าหมู ไม่เคย เคย

โรคข้ออักเสบ ไม่เคย เคย

โรคความดันโลหิตผิดปกติ ไม่เคย เคย

6. ท่านเคยรับการรักษายาบาลหรือเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ

7. ท่านมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ

8. ท่านติดยาเสพติดหรือเคยติดยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ

9. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยบุคคลหรือประกันชีวิตไว้กับ
บริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

10. ท่านเคยถูกปฏิเสธหรือถูกยกเลิกสัญญาในการขอเอาประกันภัยเหตุหรือ
ประกันชีวิตหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ

เหตุที่บอกเลิก บริษัท

สาเหตุของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) : โปรดตอบ
คำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุในการปฏิเสธความรับผิด
ตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 866

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็น
ส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ นอกจากนี้ ข้าพเจ้า ขอมอบ
อำนาจแก่บริษัทประกันภัย ในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัยและรายละเอียด
ที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัย ให้แก่บริษัท พนักงาน หรือบุคคลอื่นใด
ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจประกันภัย

..... /..... /.....

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

..... /..... /.....

วัน เดือน ปี



**safety
insurance**
บมจ.ประกันคุ้มภัย

www.safety.co.th | SafetyInsurancePlc

**safety
insurance**
บมจ.ประกันคุ้มภัย



ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

PA Protect



0-2257-8000

อบอุ่นใจ คุ้มภัย คุ้มครองคุณ

Part of

การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

PA Protect



ความคุ้มครอง

คุ้มครองการสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ
ถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก
ด้วยวงเงินคุ้มครองสูงสุด 2,000,000 บาท*

ค่ารักษาพยาบาล

คุ้มครองค่ารักษาพยาบาล สำหรับอาการบาดเจ็บเนื่องจาก
อุบัติเหตุสูงสุด 50,000 บาท/อุบัติเหตุ* พร้อมทั้งเงิน
ชดเชยรายได้รายวัน กรณีคนไข้ใน สูงสุด 365 วัน

ความคุ้มครอง		แผนความคุ้มครอง		
		1	2	3
การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ ถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ	อุบัติเหตุทั่วไป (ไม่รวมอุบัติเหตุในขณะขับขี่ หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์ หรือการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย)	300,000	500,000	1,000,000
	อุบัติเหตุในขณะขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ หรือการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	90,000	150,000	300,000
	อุบัติเหตุขณะขับขี่ หรือโดยสารรถยนต์ส่วนบุคคล	+ 300,000	+ 500,000	+ 1,000,000
ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)		10,000	30,000	50,000
ชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในฐานะคนไข้ใน จากอุบัติเหตุ (บาท/วัน สูงสุด 365 วัน)		500	1,000	1,500
สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม				
SAFETY CARE CARD		✓	✓	✓
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร				
กรมธรรม์แรก		999	1,699	2,699
กรมธรรม์สำหรับครอบครัวยุติกันที่ 2 เป็นต้นไป**		899	1,529	2,429

หมายเหตุ * ผลประโยชน์และความคุ้มครอง เป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

** ส่วนลดเมื่อซื้อกรมธรรม์ที่สองเป็นต้นไป ให้คู่สมรส และ/หรือ บุตร ภายใน 90 วัน

ผู้ขอเอาประกันภัย ควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไข ก่อนตัดสินใจเอาประกันภัยทุกครั้ง