

ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

แผนประกัน Happy Senior

ข้อมูลส่วนตัวผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เพื่อผลประโยชน์การลดหย่อนภาษี กรณีบุตรซื้อประกันให้บุพการี

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง).....เพศ ชาย หญิง
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี
 ที่อยู่.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....
 อีเมล.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....
 เงินเดือน/รายได้ต่อปี.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้รับความคุ้มครอง)

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง).....เพศ ชาย หญิง
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี (อายุระหว่าง 55-75 ปี)
 ที่อยู่.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....
 อีเมล.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....
 เงินเดือน/รายได้ต่อปี.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

ผู้รับประกันภัย.....ความสัมพันธ์.....
 ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 16.30 น.

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทอื่น หรือบริษัท อลิอันซ์ ซี.พี.ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือไม่ ?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....
 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันชีวิต หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....
 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
3. ท่านกำลังป่วยเป็นหรือเคยเป็นหรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเองหรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกล่าวหรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการทางร่างกายของอวัยวะส่วนใดหรือไม่ ?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดแจ้งรายละเอียด).....

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง แผน

เบี้ยประกันภัยสุทธิ.....บาท ภาษีธุรกิจเฉพาะ.....บาท อากร.....บาท รวม.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำถามตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

วันที่..... ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย(ผู้รับความคุ้มครอง)

()
 ตัวแทนประกันภัย นายหน้าประกันภัยรายนี้.....ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือน

- 1) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
- 2) สิทธิในการได้รับลดหย่อนภาษีขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรประกาศกำหนด