

ใบคำขอเอาประกันภัย พีเอ พลัส / PA Plus Application

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ พีเอ พลัส / Personal Accident Insurance Policy PA Plus

1. รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (Insured Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) Full Name (MR./MISS/MRS./Other)

เพศ (Gender) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female) เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Phone No.)

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card No./Passport No.)

รหัสประจำตัวผู้เสียภาษี (Federal tax identification number)

น้ำหนัก (Weight) กก. (Kg) ส่วนสูง ซม. (Cm) วันเดือนปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YY)

อายุ (Age) ปี (Yr.) อาชีพ (Occupation)

ตำแหน่ง/ลักษณะงาน (Position / Details)

แหล่งที่มา/หน่วยงาน/Resource of Income or Work Place

รายได้ต่อเดือน (Salary per month) บาท (THB) อีเมลล์ (Email Address)

ที่อยู่ปัจจุบัน

(Contact Address)

2. ผู้รับประโยชน์/Beneficiary :

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1 (Beneficiary's Name No.1)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2 (Beneficiary's Name No.2)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

3. ชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง บุคคลในครอบครัว (บริษัทสามารถจัดแผนได้สูงสุดไม่เกิน 1 ท่าน) (กรุณาระบุสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน) One Family Member/Additional cover person (Please provide copy of ID or House registered)

ชื่อ-สกุล /Name-Last Name	วัน เดือน ปี เกิด /Date Of Birth	อายุ (ปี) Age (Yrs)	เลขประจำตัวประชาชน ID No.	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship with Insured

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Insurance Period)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย/ Period of insurance: เริ่มต้นวันที่/Start Date_____ เวลา/at_____ น./hours สิ้นสุดวันที่/Expiry date_____ เวลา/at 16.30 น./hours

5. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Insurance Package / Coverage _____

แผน (Plan Name)

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (Insurance Premium) บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม) Baht (Including Tax and Stamp duty)



LMG
Insurance.

A Liberty Mutual Company

PA Plus PD-042020

6. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย (Insurance Premium Method of Payment)

- ☐ รายปี (Annually) ☐ รายเดือน (Monthly)
- ☐ เงินสด (Cash) ☐ บัตรเครดิต / บัตรเดบิต (Credit/Debit Card)
- หมายเลขบัตรเครดิต (Credit card no) _____ วันหมดอายุ (Expiry Date) _____
- ☐ mPOS หมายเลขบัตรเครดิต _____ ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต (Bank Name) _____ วันหมดอายุ (Expiry Date) _____
- ☐ ชำระผ่านธนาคาร (Bank) ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) (Other, please specify) _____

7. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? (Do you have health, life, accident or hospital income protection insurance with other Insurer?) ☐ ไม่มี (No) ☐ มีหรือได้ขอ (Yes)

ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด (If yes, many effective policies you have) _____ กรมธรรม์ (policies)

จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด (Total sum insure) _____ บาท (THB)

โปรดแถลงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น (If yes, please complete policy information)

7.1 บริษัท (Insurer name) _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย sum insure _____ บาท (THB)

7.2 บริษัท (Insurer name) _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย sum insure _____ บาท (THB)

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? (Have you ever been declined, increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for health insurance?)

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง (If yes, Please specify)

บริษัท (Insurer name) _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum insure) _____ บาท (THB)

9. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? (Have you had or currently have the following symptoms/diseases?)

9.1 โรคลมชัก (Epilepsy) ☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

9.2 โรคหัวใจ (Any heart, myocardial or cardiovascular disease) ☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

9.3 ความดันโลหิตสูง (Any circulatory and blood disorders such as Hypertension, Anemia)

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

9.4 โรคเบาหวาน (Diabetes) ☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

9.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ (Any skeletal – muscular system disorders)

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

9.6 โรคมะเร็ง (Any enlarged glands or any form of cancer) ☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

9.7 โรคเอดส์ (Aids or HIV) ☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

9.8 โรคอื่นๆ โปรดระบุ Others, please specify _____

10. บุคคลในครอบครัวผู้ได้รับความคุ้มครอง สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีอวัยวะส่วนใดผิดปกติหรือพิการใช่หรือไม่? Have your family members are healthy, without any diseases, any abnormal organs or disabilities? ☐ ใช่ (Yes) ☐ ไม่ใช่ (No) โปรดระบุ (Please specify) _____

การขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย Tax deduction

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

☐ ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ และลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

..... (ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: (Signature here.....)

☐ ไม่ยินยอม No



LMG
Insurance.

A Liberty Mutual Company

PA Plus PD-042020

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ และลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
(ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department:(Signature here.....)

☐ ไม่มีความประสงค์ No

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด How would you like to receive the policy??

☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ E-policy delivered via specified e-mail

☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ By post via specified address

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท The company has the right to check the medical history and diagnosis of the insured as necessary with this insurance. And has the right to perform examination in the event that it is necessary and does not violate the law at the expense of the company

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ In the event that the insured does not allow the company to check the medical history and diagnosis of the insured to support the consideration of the claims. The company may refuse coverage under this insurance policy to the insured.

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญา ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions. I declare and warrant that the above answers are true and completed. This proposal shall be the basis of the contract between the Company and me. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy.

ข้าพเจ้าทราบดีว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองสำหรับโรค (รวมทั้งโรคแทรกซ้อน) อาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ขอเอาประกันภัยภายใน 24 เดือนก่อนวันที่คุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้จะมีผลบังคับ ซึ่งบริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน I understand that this policy does not cover sickness, symptom or irregularity that happened to the Insured Person within 24 months before the period of insurance. The Company is entitled to refuse the claim.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย And I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose my information to the Office of Insurance Commission (OIC.) For the purpose of insurance system governance.



LMG
Insurance.

A Liberty Mutual Company

PA Plus PD-042020

ลายมือชื่อ (Signature)

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย (Insured)

วันเดือนปี (Date)

ลายมือชื่อ (Signature)

(_____)

ผู้กระทำการแทน/ผู้แทนโดยชอบธรรม (Authorize Person)*

วันเดือนปี (Date)

*กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร เท่านั้น

(Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only)

โปรดระบุความสัมพันธ์ (Please specify relationship to Insured person)

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย (Remark: If applicant age under 20 years old, guardian must sign)

☐ การประกันภัยโดยตรง Direct ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย Broker

ใบอนุญาตเลขที่ License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

WARNING of Office of Insurance Commission (OIC.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865

สำหรับบริษัทใช้เท่านั้น (For internal use only)

ผู้ขาย _____ รหัสพนักงาน _____ สาขา _____
ภาค _____ วันที่ _____ เวลา _____