

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามกฎหมายประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร
กรุงเทพฯ 10120 โทร. (662) 650-1400 tokiomarine.com



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

T3

กรณีที่มีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
รหัสตัวแทน.....รหัสหน่วย.....

และความคุ้มครองเพิ่มเติม Plus 1 Plus 2

1. ชื่อสกุล นาย/ นาง/ นางสาว.....
เพศ ชาย หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....ปี.....ศ.....
หมายเลขบัตรประชาชน.....

2. สถานที่สะดวกในการติดต่อเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

3. อาชีพประจำ.....สถานที่ทำงาน.....
.....
ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท

4. อาชีพอื่น (ถ้ามี).....สถานที่ทำงาน.....
.....
ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....รายได้ต่อปี.....บาท

5. แผนประกันภัย.....

6. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ขณะนี้สัญญาจะมีผลบังคับหรือไม่
	อุบัติเหตุ	

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคยเสพ เสพ/เคยเสพ

10. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการ และ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์

กรุณากรอกรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม
ชื่อสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย นาย/นาง/นางสาว.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....เบอร์ติดต่อ.....

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการ

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

ถ้อยแถลงของพยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
ข้าพเจ้ายืนยันด้วยตัวตน ข้อมูลและลายมือชื่อของลูกค้ำว่าถูกต้องเป็นจริง

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)
(.....) (.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต

เขียนที่ (ลงชื่อ)
วันที่.....เดือน.....ปี..... (.....)
(ลงชื่อ) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
(.....) บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ : บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัย สำหรับในบางกรณี

ผู้ขอเอาประกันภัย

