

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุพิเศษ

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ไทย) นาย/ นาง/ น.ส.
(อังกฤษ)
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย / ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ รหัสไปรษณีย์ [] [] [] [] [] []
โทรศัพท์ (บ้าน) [] [] [] [] [] [] (ที่ทำงาน) [] [] [] [] [] [] ต่อ
(มือถือ) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (โทรสาร) [] [] [] [] [] [] อีเมลล์ แอดเดรส
- เลขที่บัตรประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] วัน เดือน ปีเกิด [] [] [] [] [] [] อายุ [] [] ปี
น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม.) สัญชาติ
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน
- กรุณาอธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ)
- ชื่อผู้รับประกันภัย 1 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
ชื่อผู้รับประกันภัย 2 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- ระยะเวลาที่ต้องการเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ [] [] [] [] [] [] สิ้นสุดวันที่ [] [] [] [] [] []
(กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ และมีการรับชำระเบี้ยประกันภัยเรียบร้อยแล้ว)
- ระบุชื่อแผนที่ท่านเลือก
ความคุ้มครองเพิ่มเติม : คลอดบุตร อุบัติเหตุส่วนบุคคล อื่นๆ (โปรดระบุ)
- ท่านเลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวด : รายเดือน รายปี โดยวิธี
 ตัดบัตรเครดิตธนาคาร
หมายเลขบัตรเครดิต [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] บัตรหมดอายุ [] [] [] []
ประเภทบัตรเครดิต : Visa Master ชื่อเจ้าของบัตร โทรศัพท์ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 ตัดบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
เบี้ยประกันภัย บาท อกรแสดงในปี บาท ภาษี บาท
รวม บาท
- การต่ออายุอัตโนมัติ
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บผ่านบัตรเครดิต
หรือเงินฝากธนาคารตามที่แจ้งไว้ด้านบน
- กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน : เช็ค (Cheque) โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)
ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ธนาคาร สาขา เลขบัญชี [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

