

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลพิเศษ

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย เพศ
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย
.....
ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ
.....
โทรศัพท์ (บ้าน) [] [] [] [] [] [] (ที่ทำงาน) [] [] [] [] [] []
(มือถือ) [] [] [] [] [] [] [] [] (โทรสาร) [] [] [] [] [] [] อีเมลแอดเดรส
- ข้อมูลส่วนตัว เลขที่บัตรประชาชน [] [] [] [] [] [] [] []
วัน เดือน ปีเกิด [] [] [] [] [] [] อายุ [] [] ปี
ประเทศต้นกำเนิด ประเทศที่อยู่อาศัย น้ำหนัก ส่วนสูง
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน
กรุณาอธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ)
- ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์ [] [] [] [] [] []
ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์ [] [] [] [] [] []
- โปรดระบุชื่อแผนประกันภัยที่ท่านเลือก จำนวนผลประโยชน์ บาท
- ท่านเลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวด รายปี รายเดือน โดยวิธี
 ตัดบัตรเครดิตธนาคาร
หมายเลขบัตรเครดิต [] [] [] [] [] [] [] [] บัตรหมดอายุ [] [] []
ประเภทบัตรเครดิต : Visa Master โทรศัพท์ [] [] [] [] [] []
ชื่อเจ้าของบัตร ลายเซ็นของเจ้าของบัตร
 ตัดบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่ [] [] [] [] [] [] [] []
ชื่อเจ้าของบัญชี
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)
- การต่ออายุอัตโนมัติ
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต
หรือเงินฝากธนาคารตามที่แจ้งไว้ด้านบน
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่ [] [] [] [] [] [] [] [] สิ้นสุดวันที่ [] [] [] [] [] [] [] []
- ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือกำลังจะยื่นขอประกันภัยดังกล่าว กับ บupa หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่
 ไม่มี มี (ถ้ามี โปรดระบุชื่อบริษัท จำนวนเงินผลประโยชน์ บาท)
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย
หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท จำนวนเงินผลประโยชน์ บาท)

11. ท่านเป็น หรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด
12. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุมาก่อนหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด
13. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหู หรือมีอวัยวะส่วนใดพิการ บ้างหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด
14. ปัจจุบันท่านกำลังบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย หรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด
15. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาอะไรเป็นประจำหรือไม่
 ไม่เคย เคย ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียด
16. โปรดแจ้งชื่อ แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือคลินิก พร้อมทั้งอยู่ ที่ท่านใช้บริการประจำ (กรณีที่ท่านเป็นบุคคลต่างชาติ (ไม่ใช่คนไทย) กรุณาให้ชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รับการรักษาล่าสุดในประเทศของท่าน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของกรมมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

..... ผู้ขอเอาประกันภัย ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี) วันที่กรอกใบสมัคร (วัน/เดือน/ปี)
<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้ Agent	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยนี้ Broker	ใบอนุญาตเลขที่ License No.

หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัยพร้อมใบคำขอเอาประกันภัย หรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทถือว่าผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้