

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบกลุ่มทั่วไปและองค์กร

กรุณาเลือกภาษาที่ท่านต้องการ

- ภาษาไทย กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารทั้งหมดเป็นภาษาไทย
- ภาษาอังกฤษ กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ
- ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรุณากรอกข้อมูลในใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุหมู่ทั้ง 2 ภาษา

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์.....
อาคาร.....ชั้น.....ห้องเลขที่.....เลขที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....แฟกซ์.....
อีเมล.....
ชื่อผู้ติดต่อ.....
ประกอบธุรกิจประเภท.....
วันที่กรมธรรม์เริ่มความคุ้มครอง.....
2. ให้คุ้มครองถึงเจ้าหน้าที่และพนักงานของบริษัทในเครือเดียวกัน
() ไม่ต้องการ () ต้องการ กรุณากรอกชื่อบริษัทที่อยู่ในเครือ
1) ชื่อ.....
ที่อยู่.....รหัสไปรษณีย์.....
2) ชื่อ.....
ที่อยู่.....รหัสไปรษณีย์.....
3) ชื่อ.....
ที่อยู่.....รหัสไปรษณีย์.....
3. ปัจจุบันมีการทำประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ ให้พนักงานไว้กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่
() ไม่มี () มี กรุณาระบุชื่อบริษัทประกัน
1).....
2).....
4. การทำประกันสุขภาพและหรืออุบัติเหตุหมู่ครั้งนี้ ให้ความคุ้มครองกับ
 ลูกจ้างของบริษัททั้งหมด () รวมผู้อยู่ในอุปการะ () ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ
 เฉพาะลูกจ้างที่ผ่านการทดลองงาน (พนักงานประจำ) () รวมผู้อยู่ในอุปการะ () ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ

5. การชำระเบี้ยประกัน
 นายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันทั้งหมดให้กับลูกจ้าง () รวมผู้อยู่ในอุปการะ () ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ
 นายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันบางส่วนให้กับลูกจ้าง

6. วันที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัย
- วันที่ผู้เอาประกันภัยเริ่มทำงานวันแรก
 - วันที่หลังจากผู้เอาประกันภัยผ่านช่วงการทดลองงาน
 - อื่นๆ
7. จำนวนลูกจ้างที่ทำประกันภัย
- พนักงานโสด เพศชาย คน เพศหญิง คน
 - พนักงานสมรส เพศชาย คน เพศหญิง คน
 - ผู้อยู่ในอุปการะ (คู่สมรสและบุตร) คน
 - บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี คน
8. ผลประโยชน์ความคุ้มครอง
แบบQuotation No.....
9. ท่านมีความประสงค์ในการรับเงินค่าสินไหม ด้วยวิธีใด
- จ่ายเช็คในนามบริษัท
 - โอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัท กรุณาแนบรายละเอียดในการโอนเงินผ่านทางธนาคาร
 - ชื่อธนาคาร
 - สาขา.....
 - ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน อื่นๆ.....
 - เลขที่บัญชี.....
 - จ่ายเช็คตรงให้พนักงานแต่ละท่าน
 - โอนเข้าบัญชีธนาคารของพนักงานแต่ละท่าน กรุณาแนบชื่อธนาคาร สาขา และ เลขที่บัญชีธนาคารของพนักงานแต่ละท่าน
10. ท่านมีความประสงค์ในการรับเอกสารเกี่ยวกับใบแจ้งเบี่ยงประกันภัยหรือใบลดเบี่ยงประกันภัยในการแจ้งเข้า/ออกของพนักงานของท่าน โดย
- ทุกๆ ครั้งที่มีการแจ้งเข้าแจ้งออก
 - ทุกๆ เดือน
 - ทุกๆ 3 เดือน
 - ทุกๆ 6 เดือน
 - รายปี
- 10.1 ท่านมีความประสงค์ในการรับเบี่ยงประกันคืนโดยวิธีใด
- จ่ายเช็คในนามบริษัท
 - โอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัท กรุณาแนบรายละเอียดในการโอนเงินผ่านธนาคาร
 - ชื่อธนาคาร
 - สาขา.....
 - ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน อื่นๆ.....
 - เลขที่บัญชี.....
11. ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ตกลงยินยอมว่า
- 1) หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าหรือของลูกจ้างผู้ใดผู้หนึ่งเป็นความเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทผู้รับประกันทำการบอกล้างสัญญาทั้งหมดหรือเฉพาะรายนั้นๆ ได้
 - 2) ยินยอมให้บริษัททำการตรวจสอบหลักฐานเกี่ยวกับลูกจ้าง อัตราเงินเดือน รวมทั้งข้อเท็จจริงอื่นที่เป็นสาระสำคัญในการพิจารณารับประกัน หรือเพื่อดำเนินการอื่นในระหว่างกรมธรรม์ประกันก็มีผลบังคับ

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันจงตอบคำถามตามใบคำขอตามความเป็นจริง การปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายค่าชดเชยสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ชื่อบริษัทและตราประทับ ผู้ขอเอาประกันภัย

โดย

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อตัวแทน/นายหน้า

ใบอนุญาตเลขที่