

**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Acci Protect)**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

**1. ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย**

ข้าพเจ้า ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_ ปี  
 เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_  
 อาชีพปัจจุบัน \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ รายได้ต่อเดือน \_\_\_\_\_ บาท  
 ชื่อสถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ (กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน+รับรองสำเนาถูกต้องด้วยทุกครั้ง)  
 ผู้รับประโยชน์ 1. \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ 1. \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ 2. \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ 3. \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ 3. \_\_\_\_\_

**2. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?**  
 ไม่มี  มีหรือได้ขอ (โปรดแสดงรายละเอียดให้ครบถ้วน)

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)	
บริษัทอื่นๆ ระบุ.....	

**3. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานหรือไม่**

ไม่เป็น/ไม่เคย  เป็น/เคย\*

\* กรณี “เป็น/เคย” อนุโลมรับประกันภัย ไม่เกิน 500,000 บาท ต่อคน ยกเว้น อาชีพนักเรียน/นักศึกษา, พ่อบ้าน/แม่บ้าน และผู้ที่ไม่มีงานประจำ/ไม่มีรายได้ อนุโลมรับประกันภัย ไม่เกิน 200,000 บาท ต่อคน

ความคุ้มครองที่ต้องการซื้อ : แผน.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท  
 ระยะเวลาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา 16.30 น.

**คำรับรอง**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อและตกลงใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณารับประกันภัยนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดีทุกประการ ไม่เป็น เคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายที่พิการหรือทุพพลภาพ ข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV หรือมีภาวะผิดปกติของร่างกายมาก่อน หรือมีโรคร้ายแรงดังระบุข้างต้น บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) มีสิทธิจะไม่รับประกันภัยข้าพเจ้า และบอกกล่าวสัญญาประกันภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีมีเหตุจำเป็นและไม่ขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ไม่มีความประสงค์

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัยวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non - Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

วันที่.....

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865