

# PA 599 INSURANCE

## อุบัติเหตุมีโอกาสดำเนินได้เสมอ

เพื่อเป็นการตอบแทนท่านลูกค้าผู้มีอุปการะคุณสำหรับบริษัทฯ ทางบริษัทฯ ตระหนักถึงท่านลูกค้าเป็นอย่างมาก จึงขอมอบความคุ้มครอง อุบัติเหตุส่วนบุคคลสำหรับลูกค้าที่มีประกันภัยประเภทอื่นๆ กับบริษัทฯ ในราคาเบาๆ เพียงวันละ 1.64 บาทเท่านั้น ที่ท่านสามารถสัมผัสได้ง่ายๆ และไม่ต้องสำรองเงินจ่ายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

เพียงท่านแสดงบัตร CareCard ตามสถานพยาบาล  
ในเครือที่เข้าร่วมกว่า 100 แห่งทั่วประเทศ

## PA599 แผนประกันภัย

|                                                                  |             |
|------------------------------------------------------------------|-------------|
| - กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ                                     | 200,000 บาท |
| - คุ้มครองการเสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม                           | 200,000 บาท |
| - คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) | 200,000 บาท |
| - คุ้มครองการเสียชีวิตจากการขับขี่และโดยสาร จยย.                 | 100,000 บาท |
| - ค่ารักษาพยาบาล ครั้งละไม่เกิน                                  | 10,000 บาท  |
| ค่าเบี้ยประกันภัย                                                | 599 บาท     |

### เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง 16-60 ปี
2. ผู้เอาประกันภัยต้องถือครองกรมธรรม์ประกันภัยทุกประเภทของบริษัทฯ ยกเว้นประกัน พรบ.รถจักรยานยนต์ และ คนขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง (รวมถึง Rider) และคนขับรถแท็กซี่ ซึ่งกรมธรรม์ดังกล่าวจะต้องมีผลบังคับ ในช่วงเวลาที่จะขอทำประกันภัย
3. ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถเลือกซื้อความคุ้มครองเดียวกันนี้ให้กับบุคคลในครอบครัว หรือพี่น้อง ที่มีนามสกุลเดียวกัน โดยไม่จำกัดจำนวนผู้ซื้อ
4. ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นชื่อ บริษัท โรงงาน ห้างร้านต่างๆ ที่มีใช้ชื่อบุคคล ให้สิทธิ์กับกรรมการ หรือเจ้าของผู้มีอำนาจในบริษัท ห้างร้านต่างๆ ดังกล่าวทำประกันภัยได้ทุกท่าน

ผู้เอาประกันภัยควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกันทุกครั้ง ผลประโยชน์และข้อยกเว้นเป็นไปตามที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

## ใบคำขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                   |                                     |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอประกันภัย                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                                                                              | หมายเลขกรมธรรม์อ้างอิง              | <input type="text"/> |
| ที่อยู่ปัจจุบัน                                                                                                                                                                   | <input type="text"/>                                                                                              | รหัสไปรษณีย์                        | <input type="text"/> |
| โทรศัพท์                                                                                                                                                                          | <input type="text"/>                                                                                              |                                     |                      |
| วัน/เดือน/ปีเกิด                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                              | อายุ                                | <input type="text"/> |
| เพศ                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง                                                              | สัญชาติ                             | <input type="text"/> |
| ส่วนสูง                                                                                                                                                                           | <input type="text"/>                                                                                              | นม.                                 | <input type="text"/> |
| น้ำหนัก                                                                                                                                                                           | <input type="text"/>                                                                                              | กก.                                 | <input type="text"/> |
| เลขที่บัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ หรือบัตรต่างด้าว                                                                                                                              | <input type="text"/>                                                                                              | วันหมดอายุ                          | <input type="text"/> |
| อาชีพ                                                                                                                                                                             | <input type="text"/>                                                                                              | ตำแหน่ง                             | <input type="text"/> |
| ลักษณะงานที่ทำ                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                                                                              |                                     |                      |
| ชื่อของนายจ้าง                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                                                                              | ที่อยู่ปัจจุบัน                     | <input type="text"/> |
| รหัสไปรษณีย์                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                              |                                     |                      |
| โทรศัพท์                                                                                                                                                                          | <input type="text"/>                                                                                              | โทรสาร                              | <input type="text"/> |
| ประเภทธุรกิจ                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                              |                                     |                      |
| ชื่อผู้รับประโยชน์                                                                                                                                                                | <input type="text"/>                                                                                              |                                     |                      |
| ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอประกันภัย                                                                                                                                                   | <input type="text"/>                                                                                              | ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                   | เวลา                                | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                   | น.                                  | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                   | สิ้นสุดวันที่                       | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                   | เวลา 12.00 น.                       |                      |
| ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันชีวิตอยู่กับบริษัทหรืออยู่กับบริษัทอื่นหรือไม่                                                                            | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี                                                              | ถ้ามีโปรดระบุบริษัท                 | <input type="text"/> |
| จำนวนเงินเอาประกันภัย                                                                                                                                                             | <input type="text"/>                                                                                              | บาท                                 |                      |
| วันหมดอายุ                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                              |                                     |                      |
| ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือเคยถูกบอกเลิก สัญญาหรือปฏิเสธการต่อสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยนั้นๆ หรือไม่ | <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย                                                            | ถ้ามีโปรดระบุบริษัท                 | <input type="text"/> |
| ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับคำตอบแทนจากการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือไม่                                                                                            | <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย                                                            | ถ้ามีโปรดระบุบริษัท                 | <input type="text"/> |
| ลักษณะความบาดเจ็บ                                                                                                                                                                 | <input type="text"/>                                                                                              | จำนวนเงินเอาประกันภัย               | <input type="text"/> |
|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                   | บาท                                 |                      |
| ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่                                                                                                                                   | <input type="radio"/> โรคหัวใจ <input type="radio"/> โรคมะเร็ง <input type="radio"/> โรคเบาหวาน                   |                                     |                      |
|                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตผิดปกติ <input type="radio"/> โรคลมบ้าหมู <input type="radio"/> โรคข้ออักเสบ |                                     |                      |
| ท่านมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่                                                                                                                                           | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี                                                              |                                     |                      |
| ท่านติดยาเสพติดหรือเคยติดยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่                                                                                                                             | <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย                                                            |                                     |                      |
| ท่านมีสายตาหรือประสาทหูพิการหรือไม่                                                                                                                                               | <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี                                                              |                                     |                      |
| ท่านขับขีหรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์หรือไม่                                                                                                                                         | <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> เป็นครั้งคราว <input type="radio"/> เป็นประจำ                   |                                     |                      |
| ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่                                                                                                                         | <input type="radio"/> ไม่ <input type="radio"/> เป็นครั้งคราว <input type="radio"/> เป็นประจำ                     |                                     |                      |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบตามรายการข้างบนเป็นความจริงและให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ                                                                        |                                                                                                                   |                                     |                      |
| ลายมือชื่อผู้ขอเอประกันภัย                                                                                                                                                        |                                                                                                                   | วันที่สมัครเอาประกันภัย             |                      |
| <input type="radio"/> ตัวแทน <input type="radio"/> นายหน้าประกันภัยรายนี้                                                                                                         | <input type="text"/>                                                                                              | ใบอนุญาตเลขที่                      | <input type="text"/> |