

คำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล โครงการ “เอื้อสุข”

1. ผู้ขอเอาประกันภัย :	ชื่อ Name	เพศ Sex	โทร. Tel.
	ที่อยู่ Address	รหัสไปรษณีย์ Post Code	
☐ บัตรประชาชน Identity card	☐ บัตรข้าราชการ Government Identity card	☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว Alien Certificate	☐ หนังสือเดินทาง Passport
เลขที่ (No.)	ออกให้ ณ เขต หรืออำเภอ (Issued at)	จังหวัด (Province)	ประเทศ (Country)
อายุ / Age	วัน เดือน ปีเกิด / Date of Birth	ความสูง / Height	น้ำหนัก / Weight
อาชีพปัจจุบัน Present Occupation		ตำแหน่ง Position	
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป Job description		ชั้น : อาชีพ Occupation Class	
เงินเดือน/ค่าจ้าง/รายได้ (salary / Wage) ปีละ.....บาท (Bath)		แหล่งที่มา (Source).....	
(การกำหนดจำนวนเงินเอาประกันภัยของบริษัทยังจะพิจารณาจากรายได้ของผู้เอาประกันภัยโปรดแสดงข้อเท็จจริง)			
2. ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ Beneficiary : Name	อายุ Age	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Proposer	
3. ระยะเวลาของการเอาประกันภัย เริ่มตั้งแต่วันที่ Period of Insurance required : From	เวลา at	สิ้นสุดวันที่ hours. To	เวลา 12.00 น. At 12.00 hours
4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ Sum Insured required			
5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ ? ☐ ไม่มี (No) ☐ มีหรือได้ขอ (Yes) ☐ ถ้ามีหรือได้ขอโปรดแจ้ง If yes, please state: Do you have or have proposed for personal accident Insurance or Life insurance with the company or any other company? บริษัท company Sum insured			
6. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ ? Do you have or have you ever been treated for ?			
ก. โรคลมชัก (Epilepsy or Convulsion) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ข. โรคหัวใจ (Heart Disease) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ค. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ง. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) จ. โรคกระดูก และ/หรือ กล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ฉ. โรคมะเร็ง (Cancer) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes) ช. โรคเอดส์ (Aids or HIV positive) ☐ ไม่ (No) ☐ เคย (Yes)			
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการเอาประกันภัยชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ? ☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย (Yes) ถ้าเคยโปรดแจ้ง If yes, please state Have you ever been canceled life insurance or personal accident insurance or had your insurance canceled or had renewal declined or had additional premium imposed for such insurance? บริษัท Company Sum insured			
8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่ ? ☐ ไม่ (No) ☐ มี (Yes) Do you have any disabled part of your body ? ถ้ามีโปรดระบุ If yes, please state :			
9. “ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่” ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่..... ☐ ไม่มีความประสงค์			



สินมั่นคงประกันภัย
เราประกัน คุณมั่นใจ

ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล



โครงการ

เอื้อสุข

เอื้อความสุขให้ทุกคนในครอบครัว

ของขวัญที่ดีที่สุด
สำหรับคนที่คุณรัก

สินมั่นคงประกันภัย เราประกัน คุณมั่นใจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการด้านบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท
I/We warrant that the above statements are true and correct and agree that this proposal shall be the basis of the contract between me/us and the company

(
ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์
Written by

(
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
Proposer's Signature

(
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
Legal Representative's Signature

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
Date.....

☐ ตัวแทน
Agent

☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้.....
Broker

☐ ใบอนุญาตเลขที่.....
License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (ค.ป.ก.) ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแสดงข้อความเป็นเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

โครงการ



เอื้อความสุขให้ทุกคนในครอบครัว

ตารางความคุ้มครองและอัตราเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

เงื่อนไขความคุ้มครอง/รายละเอียด	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	แผน 9	แผน 10
1. การสูญเสียชีวิต (ภายใน 180 วันนับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ)										
1.1 การสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั่วไป	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
1.2 การสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ หรือ ช้อนหักยารดจกรยานยนต์	75,000.00	100,000.00	150,000.00	150,000.00	300,000.00	250,000.00	400,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00
1.3. เสียชีวิตจากการถูกรถบรรทุกและรถบรรทุกทำร้ายร่างกาย	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	250,000.00	400,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00
1.4 การสูญเสียชีวิตกรณีผู้สมรสทั้งจดทะเบียน ถูกต้องตามกฎหมายต้องสูญเสีย หรือตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุคราวเดียวกันกับผู้เอาประกันภัย	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00	-	-	-	-	-
2. การสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ										
2.1 สายตา 2 ข้าง	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
2.2 มือ 2 ข้าง ตั้งแต่ข้อมือขึ้นไป	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
2.3 เท้า 2 ข้าง ตั้งแต่ข้อเท้าขึ้นไป	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
2.4 มือ 1 ข้าง ตั้งแต่ข้อมือ และ เท้า 1 ข้าง ตั้งแต่ข้อเท้า	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
2.5 สายตา 1 ข้าง และมือ 1 ข้าง ตั้งแต่ข้อมือ	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
2.6 สายตา 1 ข้าง และเท้า 1 ข้าง ตั้งแต่ข้อเท้า	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
2.7 สายตา 1 ข้าง	120,000.00	180,000.00	180,000.00	180,000.00	180,000.00	300,000.00	480,000.00	600,000.00	600,000.00	600,000.00
2.8 มือ 1 ข้าง ตั้งแต่ข้อมือขึ้นไป	120,000.00	180,000.00	180,000.00	180,000.00	180,000.00	300,000.00	480,000.00	600,000.00	600,000.00	600,000.00
2.9 เท้า 1 ข้าง ตั้งแต่ข้อเท้าขึ้นไป	120,000.00	180,000.00	180,000.00	180,000.00	180,000.00	300,000.00	480,000.00	600,000.00	600,000.00	600,000.00
3. ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จากอุบัติเหตุ	200,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	300,000.00	500,000.00	800,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00	1,000,000.00
4. ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ (ต่อครั้ง)	-	-	-	-	10,000.00	20,000.00	25,000.00	30,000.00	35,000.00	40,000.00
5. ค่าปลงศพ กรณีการสูญเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ มีระยะเวลาการคอย 90 วันแรก นับจากวันที่ เริ่มทำประกันภัย ยกเว้น โรคมะเร็ง, โรคหัวใจ, โรคเอดส์ และ อุบัติเหตุ ทุกชนิด ไม่คุ้มครองตลอดอายุสัญญาประกันภัย	-	-	-	10,000.00	-	-	-	-	-	-
เบี้ยประกันภัยสุทธิ	330	440	460	527	1,033	1,691	2,446	2,748	3,045	4,610
อากร	2	2	2	3	5	7	10	11	13	19
เบี้ยประกันภัยรวม/เบี้ยประกันภัยต่อปี	332	442	462	530	1,038	1,698	2,456	2,759	3,058	4,629

หมายเหตุ

- ผู้เอาประกันภัยสามารถต่ออายุได้ไม่เกิน 70 ปี โดยคิดเบี้ยเพิ่ม อายุ 61 - 65 ปี เพิ่ม 20% ของเบี้ยข้างต้น อายุ 66 - 70 ปี เพิ่ม 60% ของเบี้ยข้างต้น
- การรับประกันภัยจะมีผลบังคับเมื่อบริษัทได้อนุมัติใบคำขอแล้ว

1. เงื่อนไขการรับประกันภัย

- ระยะเวลาความคุ้มครอง 1 ปี ตลอด 24 ชม.
- ผู้ทำประกันภัยอายุ ระหว่าง 15-20 ปี สามารถทำประกันสูงสุดได้ไม่เกิน 500,000 บาท/คน
- ผู้ทำประกันภัยอายุ ระหว่าง 21-60 ปี สามารถทำประกันสูงสุดได้ไม่เกิน 1,000,000 บาท/คน
- โครงการนี้ภายใต้แผนคุ้มครอง 6-10 ไม่คุ้มครองกลุ่ม
 - ผู้ขับขี่จักรยานยนต์รับจ้าง
 - พนักงานขับรถบรรทุก
 - เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย
 - กรรมกรทุกสาขาอาชีพ

2. ความคุ้มครองที่ท่านเลือก

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| Option 1 (332.- บาท) | Option 2 (442.- บาท) |
| Option 3 (462.- บาท) | Option 4 (530.- บาท) |
| Option 5 (1,038.- บาท) | Option 6 (1,698.- บาท) |
| Option 7 (2,456.- บาท) | Option 8 (2,759.- บาท) |
| Option 9 (3,058.- บาท) | Option 10 (4,629.- บาท) |

3. ช่องทางแจ้งทำประกันและชำระเบี้ย

- โทร. 1596 หรือสาขาของบริษัทฯ
- แอปพลิเคชัน SMK aLL หรือ www.smk.co.th



บริษัท สิ้นหมันคองประกันภัย จำกัด (มหาชน)
SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงห้วยหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

Call Center 1596 www.smk.co.th

แผนประกันภัยเบ็ดเตล็ด โทร. 0-2378-7024-29 โทรสาร : 0-2731-6599