

10. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย เบี้ยประกันภัยที่ชำระพร้อมใบคำขอ ฯ บาท ตามใบเสร็จรับเงินชั่วคราวเลขที่

11. แผนความคุ้มครอง (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือก)

แผนคลาสสิก

ความคุ้มครองแผนคลาสสิก	<input type="checkbox"/> PAC01	<input type="checkbox"/> PAC02	<input type="checkbox"/> PAC03	<input type="checkbox"/> PAC04	<input type="checkbox"/> PAC05
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย	100,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000
ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุ รวมการบาดเจ็บจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	20,000	40,000	60,000	80,000	100,000

แผนแพลทินัม (รับประกันเฉพาะชั้นอาชีพ 1 และ 2)

ความคุ้มครองแผนแพลทินัม	<input type="checkbox"/> PAP01	<input type="checkbox"/> PAP02	<input type="checkbox"/> PAP03	<input type="checkbox"/> PAP04	<input type="checkbox"/> PAP05
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000	10,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย/การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	750,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุ รวมการบาดเจ็บจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	120,000	150,000	200,000	300,000
การทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง จะได้รับค่าชดเชยรายได้ สัปดาห์ละ(สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์)	1,000	2,000	3,000	5,000	10,000

แผนแม็กซ์ (รับประกันเฉพาะชั้นอาชีพ 1 และ 2)

ความคุ้มครองแผนแม็กซ์	<input type="checkbox"/> PAM01	<input type="checkbox"/> PAM02	<input type="checkbox"/> PAM03	<input type="checkbox"/> PAM04	<input type="checkbox"/> PAM05
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	1,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย/การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000

ความคุ้มครองแผนแม็กซ์	<input type="checkbox"/> PAM06	<input type="checkbox"/> PAM07	<input type="checkbox"/> PAM08	<input type="checkbox"/> PAM09	<input type="checkbox"/> PAM10
การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	6,000,000	7,000,000	8,000,000	9,000,000	10,000,000
การขาดกรรม หรือลอบทำร้าย/การขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง หรือให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกัน
()
(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์)

ลงชื่อ ตัวแทนหรือ
นายหน้า/พยาน
()

ลงชื่อ ตัวแทนหรือ
นายหน้า/พยาน
()

เขียนที่
ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
()
*กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

คำเตือนของสำนักงานกรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทุกข้อการปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุผลการให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายค่าสินไหม ทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อตัวแทน
รหัส
ใบอนุญาตเลขที่
ชื่อหน่วย
สาขา