



ใบคำขอเอาประกันภัย

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย <input type="checkbox"/> บุคคลธรรมดา <input type="checkbox"/> นิติบุคคล		ประเภทธุรกิจ <input type="checkbox"/> กลุ่ม 1 <input type="checkbox"/> กลุ่ม 2	
ชื่อเบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ซอย.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... หนังสือจดทะเบียนบริษัทเลขที่.....ลักษณะธุรกิจ..... จำนวนพนักงาน.....คน			
2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1ปี) : เริ่มวันที่.....เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่.....เวลา 16.30 น.			
3. ความคุ้มครอง : กรุณาเลือกแผนความคุ้มครองตามประเภทธุรกิจของท่าน แล้วระบุแบบความคุ้มครองที่ต้องการ อบ. 1 หรือ อบ. 2			
<input type="checkbox"/> ประเภทธุรกิจ กลุ่ม 1 : เลือกแบบความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> อบ.1 (มีค่ารักษาพยาบาล) <input type="checkbox"/> อบ.2 (ทุนประกันภัย 2 เท่า) และเลือกแผนได้สูงสุด 3 แผน			
เลือกได้สูงสุด 3 แผน		<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2
● เบี้ยประกันภัยต่อคน		300 บาท	350 บาท
● ชื่อความคุ้มครองเพิ่ม ความคุ้มครองละ 200 บาทต่อคน		550 บาท	800 บาท
<input type="checkbox"/> ค่าปลงศพจากกรณีเจ็บป่วย (มีระยะเวลารอคอย 180 วัน)		1,050 บาท	1,300 บาท
<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยกระดูกแตกหัก (จ่ายตามตารางผลประโยชน์)			
<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยรายได้รายวัน 500 บาทต่อวัน (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)			
● จำนวนคนต่อแผน			
● เบี้ยประกันภัยต่อแผน			
<input type="checkbox"/> ประเภทธุรกิจ กลุ่ม 2 : เลือกแบบความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> อบ.1 (มีค่ารักษาพยาบาล) <input type="checkbox"/> อบ.2 (ทุนประกันภัย 2 เท่า) และเลือกแผนได้สูงสุด 3 แผน			
เลือกได้สูงสุด 3 แผน		<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2
● เบี้ยประกันภัยต่อคน		400	450
● ชื่อความคุ้มครองเพิ่ม ความคุ้มครองละ 200 บาทต่อคน		850	1,250
<input type="checkbox"/> ค่าปลงศพจากกรณีเจ็บป่วย (มีระยะเวลารอคอย 180 วัน)		1,650	2,050
<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยกระดูกแตกหัก (จ่ายตามตารางผลประโยชน์)			
<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยรายได้รายวัน 500 บาทต่อวัน (สูงสุด 30 วันต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)			
● จำนวนคนต่อแผน			
● เบี้ยประกันภัยต่อแผน			
เอกสารประกอบการสมัคร		เงื่อนไขการรับประกันภัย	
1. ใบคำขอเอาประกันภัย ลงนามโดยผู้มีอำนาจตามหนังสือรับรองบริษัทฯ พร้อมประทับตรา (ถ้ามี) 2. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนการค้าเป็นนิติบุคคล 3. สำเนาใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภพ.20) 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจของบริษัทฯ 5. รายชื่อพนักงาน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด *เอกสารต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง โดยผู้มีอำนาจลงนามของบริษัทฯ		1. จำนวนพนักงานขั้นต่ำ 5 คน สูงสุดไม่เกิน 50 คน 2. พนักงานทั้งหมดต้องเข้าร่วมทำประกันภัย เลือกได้สูงสุด 3 แผนต่อกรมธรรม์ 3. พนักงาน ลูกจ้าง ชาวต่างชาติและต่างด้าว ต้องมีใบอนุญาตการทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย 4. พนักงานที่มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอวัยวะส่วนใดบกพร่องหรือพิการ	