

PA GPF Exclusive แผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

เบี้ยเริ่มต้นเพียง วันละ 0.64 บาท



ประเภทบุคคลที่รับประกันภัย

- สมาชิก กบข.
  - บุคคลในครอบครัว (เมื่อสมาชิก กบข. ใช้สิทธิก่อน)
  - อายุตั้งแต่ 15 ปี - 60 ปี บริบูรณ์ ณ วันขอเอาประกันภัย
  - เป็นผู้สุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เป็นทุพพลภาพ
- ทุนเอาประกันภัย ตั้งแต่ 300,000 บาท - 600,000 บาท

เอกสารประกอบการขอเอาประกันภัย

- ใบคำขอเอาประกันภัย
- สำเนาบัตรสมาชิก กบข.
- สำเนาบัตรประชาชน
- หลักฐานแสดงความเกี่ยวข้องกับสมาชิก กบข. กรณีเป็นบุคคลในครอบครัว

ความคุ้มครอง ( อบ.1 )

ทุนประกันภัย ( บาท )

แผน	การเสียชีวิต อวัยวะ ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร *	300,000	400,000	500,000	600,000
แผน 1	เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร (ต่อคน/ปี)	235	315	390	470
แผน 2	1. การเสียชีวิต อวัยวะ ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร * 2. การรักษาพยาบาล	300,000 20,000	400,000 30,000	500,000 40,000	600,000 50,000
	เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร (ต่อคน/ปี)	365	500	630	790

\* ยกเว้น การเสียชีวิตจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์และฆาตกรรม

เงื่อนไข: บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัยบุคคลที่เป็นโรคดังต่อไปนี้

- โรคลมชัก
- โรคหัวใจ
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคหลอดเลือดในสมอง
- โรคเบาหวาน
- โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ
- โรคมะเร็ง
- โรคเอดส์
- สารเสพติดให้โทษรุนแรง
- โรคไวรัสตับอักเสบบี
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคตับแข็ง
- โรค หรือ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต



แผนประกันภัยทั้ง 3 แผนนี้เป็นโครงการประกันภัยสวัสดิการที่บริษัทฯ นำเสนอต่อ กบข. เพื่อให้สมาชิก กบข. ได้รับสิทธิและเบี้ยประกันภัยในอัตราพิเศษ ซึ่งผ่านการเห็นชอบจาก กบข. แล้วเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2554 ทั้งนี้ กบข. มิได้เกี่ยวข้อง หรือมีส่วนได้เสียในการจำหน่ายและบริการของบริษัทฯ แต่อย่างใด

สนใจรับสิทธิพิเศษนี้ ติดต่อได้ที่ ศูนย์บริการข้อมูลสมาชิก กบข. บริษัท ไทยโพยูล์ประกันภัย จำกัด โทร. 0 2246 9635 ต่อ 78

- ดาวน์โหลดใบคำขอได้ที่ [www.thaipaboony.com](http://www.thaipaboony.com) สำหรับตัวแทนไทยประกันชีวิต ดาวน์โหลดได้ที่ TL FORMS
- ครอบครัวของสมาชิก กบข. ได้แก่ คู่สมรส บุตรบิดา มารดา พี่และน้อง ที่ใช้นามสกุลเดียวกัน
- ส่งใบคำขอได้ที่โทรสารฟรี 1800 222 123

โปรดกรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

สมาชิก กบข.  บุคคลในครอบครัวเกี่ยวข้องเป็น \_\_\_\_\_

เมื่อสมาชิก กบข. ใช้สิทธิแล้วสามารถขยายสิทธิ์อัตราเบี้ยพิเศษไปยังบุคคลในครอบครัวได้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - สกุล (นาย/นางสาว/นาง) \_\_\_\_\_ วัน / เดือน / ปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.  
 ที่อยู่เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ แขวง/ตำบล \_\_\_\_\_  
 เขต/อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ (บ้าน/ที่ทำงาน) \_\_\_\_\_  
 มือถือ \_\_\_\_\_ เลขที่สมาชิก กบข. หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชน กรณีเป็นบุคคลในครอบครัว \_\_\_\_\_ ออกให้โดย \_\_\_\_\_  
 จังหวัด \_\_\_\_\_ อาชีพปัจจุบัน \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

2. ผู้รับประโยชน์ ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_

3. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่ \_\_\_\_\_ (1 ปี)

4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ ทุนประกันภัย/เบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_

ความคุ้มครอง (อบ.1)	ทุนประกันภัย (บาท)			
<b>แผน 1</b>				
การเสียชีวิต อวัยวะ ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร*	300,000	400,000	500,000	600,000
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร (ต่อคน/ปี)	<input type="radio"/> 235	<input type="radio"/> 315	<input type="radio"/> 390	<input type="radio"/> 470
<b>แผน 2</b>				
1. การเสียชีวิต อวัยวะ ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร*	300,000	400,000	500,000	600,000
2. การรักษาพยาบาล	20,000	30,000	40,000	50,000
เบี้ยประกันภัยรวมภาษีอากร (ต่อคน/ปี)	<input type="radio"/> 365	<input type="radio"/> 500	<input type="radio"/> 630	<input type="radio"/> 790

5. ท่านมี / ได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล / ประกันชีวิตกับบริษัทหรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี บริษัท \_\_\_\_\_ ทุนประกันภัย \_\_\_\_\_ บาท

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล / ประกันชีวิตหรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือรับประกันโดยมีเงื่อนไขหรือไม่

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ \_\_\_\_\_ บริษัท \_\_\_\_\_

7. ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

ไม่เป็น/ไม่เคย  โรคลมชัก  โรคหัวใจ  โรคความดันโลหิตสูง  โรคกระดูก/กล้ามเนื้อ  โรคมะเร็ง  โรคเอดส์  โรคเบาหวาน

8. ท่านมีความผิดปกติของสายตา ประสาทหู หรือมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี โปรดระบุ \_\_\_\_\_

9. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรง หรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุ \_\_\_\_\_

10. รายละเอียดการชำระเบี้ยประกัน (ใช้แบบฟอร์มการชำระเงินผ่านธนาคารในหน้าหลัง)

ชำระผ่านบัตรเครดิต

Visa  Master ธนาคาร \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตร     -     -     -     บัตรหมดอายุ   /   (เดือน/ปี)

ชำระเงินสดที่ธนาคาร

บมจ.ธนาคารกรุงเทพ  บมจ.ธนาคารกสิกรไทย  บมจ.ธนาคารทหารไทย  บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์

สาขา \_\_\_\_\_ วันที่นำฝาก \_\_\_\_\_

จำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท (สอบถามอัตราเบี้ย โทร. 0 2246 9635 ต่อ 78)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ

สำหรับตัวแทนกรอกข้อมูล

ชื่อ-สกุลตัวแทน \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ \_\_\_\_\_  
 โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_  
 สาขา \_\_\_\_\_  
 รหัสตัวแทนไทยไฟบูลย์ \_\_\_\_\_  ขอเปิดรหัส (แบบแบบฟอร์มเปิดรหัส)  
 รหัสใบอนุญาตตัวแทน \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

ผู้ขอเอาประกันภัย (ลายเซ็นตรงตามหลังบัตรกรณีชำระด้วยบัตรเครดิต)

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

การจัดส่งกรมธรรม์

ที่อยู่ผู้เอาประกันภัย  ที่อยู่ตัวแทน  อื่นๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865



เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯแล้ว