

แผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล UNSEEN PA

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	Unseen แผน 1	Unseen แผน 2	Unseen แผน 3	Unseen แผน 4	Unseen แผน 5	Unseen แผน 6
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อ.บ.1)						
1.1 จากอุบัติเหตุทั่วไป	100,000	150,000	200,000	500,000	800,000	1,000,000
1.2 จากการถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	50,000	75,000	100,000	250,000	400,000	500,000
1.3 จากการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	75,000	100,000	250,000	400,000	500,000
2. ผลประโยชน์การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มอีกจากข้อ 1)	100,000	150,000	200,000	500,000	800,000	1,000,000
3. ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ						
3.1 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป	10,000	15,000	20,000	30,000	40,000	50,000
3.2 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุจากการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	5,000	7,500	10,000	15,000	20,000	25,000
4. เงินช่วยเหลือครอบครัว กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	60,000	90,000	120,000	240,000	360,000	480,000
5. เงินชดเชยหนี้ค้างชำระตามกฎหมาย	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
6. เงินชดเชยภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
7. ค่าปลงศพ หรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพ กรณีการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน)	10,000	15,000	20,000	30,000	40,000	50,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว	699	969	1,199	1,919	2,699	3,399

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- ผู้เอาประกันภัยมีอายุ 16-65 ปี
- ในขณะที่ขอเอาประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง และไม่มีส่วนใดของร่างกายพิการ
- ไม่รับประกันพนักงานรับส่งเอกสาร, พนักงานขับรถ, มอเตอร์ไซด์รับจ้าง, กรรมกร, เจ้าหน้าที่กู้ภัย, ยาม, ภารโรง, สาวโรงงาน, ชาวประมง, พนักงานติดตั้งจานดาวเทียม
เจ้าหน้าที่ติดตั้งเสาอากาศต่าง ๆ เช่น ช่างไม้ ช่างซ่อมไฟฟ้า, ทหาร ตำรวจ (ขณะปฏิบัติหน้าที่)
- ผู้เอาประกันภัยสามารถทำประกันได้ไม่เกินคนละ 1 ฉบับ สำหรับแผน 3 หรือ 4 หรือ 5 หรือแผน 6 กรณีที่ซื้อแผน 1 และแผน 2 สามารถซื้อได้ไม่เกินคนละ 2 ฉบับ
- ท่านจะได้รับบัตร UNSEEN PA เพื่อใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาล อันเนื่องจากอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครอง ไม่เกินค่ารักษาพยาบาลที่เลือกซื้อกับโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ
กว่า 200 แห่งทั่วประเทศ
- เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ให้ถือตามเงื่อนไขข้อความที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยเป็นสำคัญ

ท่านประสงค์เลือกทำแผนประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล Unseen 1 Unseen 2 Unseen 3 Unseen 4 Unseen 5 Unseen 6

1.	ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ โทร _____ โทรมือ _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ข้าราชการ ใบสำ <input type="checkbox"/> ประจำตัวคนต่างด้าว หนังสือเดินทาง <input type="checkbox"/> เลขที่ _____ ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ _____ จังหวัด _____ ประเทศ _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:25%;">อายุ (ปี)</td> <td style="width:25%;">วัน เดือน ปีเกิด</td> <td style="width:25%;">ความสูง (ซ.ม.)</td> <td style="width:25%;">น้ำหนัก (ก.ก.)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ ชั้นอาชีพ _____ เงินเดือนค่าจ้าง ปีละ _____ บาท แหล่งที่มา _____	อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซ.ม.)	น้ำหนัก (ก.ก.)								
อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซ.ม.)	น้ำหนัก (ก.ก.)										
2.	ผู้รับประกันภัย: ชื่อ _____ อายุ _____ ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ ที่อยู่ _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทร. _____ โทรมือ _____												
3.	ระยะเวลาขอเอาประกันภัยเริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 16.30 น.												
4.	ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันชีวิตไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีหรือได้ขอ สำมิหรือได้ขอโปรดแจ้งจำนวนกรมธรรม์รวมทั้งหมด _____ กรมธรรม์ประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยรวมทั้งหมด _____ บาท โปรดแสดงรายละเอียดในกรณีที่มีหรือได้ขอเอาประกันภัยไว้กับบริษัทหรือกับบริษัทอื่น 6.1 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.2 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท 6.3 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท												
5.	ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท												
6.	ท่านขับหรือโดยสารจักรยานยนต์หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ												
7.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีผลมแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ												
8.	ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจนถึงเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้ง ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมจำนวน _____ วัน ลักษณะการบาดเจ็บ _____ ผลการรักษา _____ แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา _____												
9.	ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่? <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">9.3 ความดันโลหิตสูง</td> <td style="width:10%;"><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย</td> <td style="width:30%;">9.6 โรคเบาหวาน</td> <td style="width:10%;"><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย</td> </tr> <tr> <td>9.1 โรคลมชัก</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย</td> <td>9.4 โรคเบาหวาน</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย</td> </tr> <tr> <td>9.2 โรคหัวใจ</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย</td> <td>9.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย</td> </tr> </table>	9.3 ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.6 โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.1 โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.4 โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.2 โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย
9.3 ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.6 โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย										
9.1 โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.4 โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย										
9.2 โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย	9.5 โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย										
10.	ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มีถ้ามี โปรดระบุ _____												
11.	ท่านมีหรือมีส่วนใดผิดปกติหรือพิการบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มีถ้ามี โปรดระบุ _____												
12.	ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มีถ้ามี โปรดระบุ _____												
13.	ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> มีถ้ามี โปรดระบุ _____												

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงความรายการข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท เอฟดับบลิวดีประกันภัย จำกัด (มหาชน) นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท เอฟดับบลิวดีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการเปิดเผยข้อมูลการรับประกันภัย และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในสถานะเป็นผู้ขอเอาประกันภัยให้แก่บริษัท หน่วยงาน หรือบุคคลอื่นใดที่มีเหตุสมควรเกี่ยวกับการดำเนินการตามธุรกิจรับประกันภัย หากข้อแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญานี้ได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกันธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

()
 ปล่อยให้ชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

()
 ปล่อยให้ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

()
 ปล่อยให้ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

ประกันภัยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกันธุรกิจประกันภัย (คปอ.)
 ให้ดูบทความข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธการรับประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865