

1. ชื่อ - นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 อีเมล โทรศัพท์

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่

หนังสือเดินทาง เลขที่

วัน-เดือน-ปีเกิด อายุ ปี เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.) อาชีพ

ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ สถานที่ทำงาน

..... โทรศัพท์

2. ชื่อ - นามสกุลผู้รับประกันภัย ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

4. แผนประกันภัยที่เลือกชื่อ แผน 1 แผน 2 แผน

เบี้ยประกันภัยสุทธิ บาท อากาศแถมปี บาท

ภาษี บาท เบี้ยประกันภัยรวม บาท

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่มี มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย เคย (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท สาเหตุ
- ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้มีการเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่?
 ไม่มีการเดินทาง มีการเดินทาง (โปรดระบุประเทศ)
- ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยถูกสงสัยว่ามีการติดเชื้อโรค โดยถูกกักตัวเพื่อดูอาการ หรือถูกตรวจสุขภาพ หรือถูกรักษาให้หายหรือไม่?
 ไม่เคย เคย
- อีก 3 เดือนข้างหน้า ท่านมีแผนการเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่?
 ไม่มีการเดินทาง มีการเดินทาง (โปรดระบุประเทศ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท อากนีย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการสืบสวนพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการทำนุและธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว	
วันที่ เดือน พ.ศ.	ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (.....)
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่