



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ
แบบเฉพาะโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง/..... เชื้อชาติ/สัญชาติ/.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□
ที่อยู่ติดต่อได้
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
อาชีพ สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด
ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย:

เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

วิธีการชำระเงินเบี้ยประกันภัย

- ☐ ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร (รายละเอียดตามแบบฟอร์มชำระเงิน) หมายเลขบัตรเครดิต (รายละเอียดตามแบบฟอร์มชำระเงิน) บัตรหมดอายุ (รายละเอียดตามแบบฟอร์มชำระเงิน)
☐ ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร (รายละเอียดตามแบบฟอร์มชำระเงิน) สาขา (รายละเอียดตามแบบฟอร์มชำระเงิน) บัญชีเลขที่ (รายละเอียดตามแบบฟอร์มชำระเงิน)

คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาไว้กับบริษัท หรือ บริษัทอื่นหรือไม่?

- ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

- ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

3 ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่/...../.....

- ☐ การประกันภัยโดยตรง
- ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865