



# ใบคำขอเอาประกันภัย

## กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและการติดเชื้ออันเนื่องมาจากไวรัส COVID-19

### 1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล \*\*\* \_\_\_\_\_

เลขที่บัตรประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง / เลขที่ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว \*\*\* \_\_\_\_\_ (พร้อมแนบสำเนา)

วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ \*\*\* \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \*\*\* \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

อาชีพ / ตำแหน่ง \*\*\* \_\_\_\_\_ ลักษณะงานที่ทำ \*\*\* \_\_\_\_\_

ชื่อกิจการ/สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_

### 2. รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ \*\*\*

2.1 (ชื่อ - สกุล) \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

2.2 (ชื่อ - สกุล) \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้  รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย \*\*\* เริ่มต้น \_\_\_\_\_ เวลา 12.00 น. สิ้นสุด \_\_\_\_\_ เวลา 12.00 น.

### 4. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง \*\*\*

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			
	แผน 1 <input type="checkbox"/>	แผน 2 <input type="checkbox"/>	แผน 3 <input type="checkbox"/>	แผน 4 <input type="checkbox"/>
1. ผลประโยชน์ กรณีตรวจเจอเชื้อไวรัส COVID-19 เป็นครั้งแรก (จ่ายตามทุนประกันภัยที่ระบุ)	15,000	30,000	50,000	100,000
2. เสียชีวิต อวัยวะ สายตา ทูพพลภาพถาวรจากอุบัติเหตุ (อบ.1)	4,000	5,000	6,000	8,000
3. ค่าปลงศพจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	2,000	4,000	6,000	8,000
<b>ช่วงอายุ</b>	<b>เบี้ยประกันภัย (บาท)</b>			
<b>1-99 ปี</b>	<b>99</b>	<b>199</b>	<b>299</b>	<b>499</b>

คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19

ไว้กับบริษัทฯ หรือบริษัทฯ อื่นหรือไม่?

ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี (โปรดแจ้งรายละเอียด)

บริษัท \_\_\_\_\_ จำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_ บาท

2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองการติดเชื้ออันเนื่องมาจากไวรัส COVID-19 หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย  เคย (โปรดแจ้งรายละเอียด) บริษัท \_\_\_\_\_

สาเหตุ \_\_\_\_\_

<p><b>4. เงื่อนไขการรับประกันภัย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ผู้เอาประกันภัย มีอายุระหว่าง 1-99 ปี</li> <li>➢ ไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย (Pre-Existing Condition)</li> <li>➢ สำหรับโรคจากเชื้อไวรัส COVID-19 มีระยะเวลารอคอย 14 วัน</li> <li>➢ ซื้อความคุ้มครอง ได้ทุกแผน ภายในทุนประกันภัยรวมกันไม่เกิน 100,000 บาท</li> </ul>	<p style="text-align: center;">***</p> <p>ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p> <p>...../...../.....</p> <p>ชื่อตัวแทน _____ รหัสตัวแทน _____</p>
---	---