

**ใบคำขอเอาประกันภัย**

**กรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))**

สำหรับตัวแทน

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล .....  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ...../.....เชื้อชาติ/ สัญชาติ ...../.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....  
โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมลล์.....  
อาชีพ.....สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด.....  
ผู้รับประกันภัย.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	
	แผน 3	แผน 4
- การเจ็บป่วยในภาวะโคม่าจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))	500,000	1,000,000
- การรักษาพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ต่อปี	50,000	100,000
<b>เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / ปี</b>	<input type="checkbox"/> 450	<input type="checkbox"/> 850

**คำถามประวัติการเดินทางผู้เอาประกันภัย**

ในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางไปยังประเทศจีนหรือไม่

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

มณฑล.....เมือง.....วันที่เดินทางไป.....วันที่เดินทางกลับ.....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่

กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตาม

กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

แอสอินไลฟ์ โบรมเกอร์

www.asinlives.com  
Make Insurance Easy

OnTime Insurance Online



090 - 962 4064  
095 - 540 6814  
080 - 589 6514

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการ  
ชั้นสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการ  
พิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย .....

( )

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย .....

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย นส.ศดารัตน์ สายศรี (สนง.แอสอินไลฟ์ โบรมเกอ) ใบอนุญาตเลขที่ 5804023458

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็น  
โมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

แอสอินไลฟ์ โบรมเกอ  
www.asinlives.com  
Make Insurance Easy  
Otime Insurance Online



090 - 962 4064  
095 - 540 6814  
080 - 589 6514

**วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย** หลังจากท่านได้รับการยืนยันการพิจารณารับประกันภัย

ชำระด้วยบัตรเครดิต โดยยินยอมให้เรียกเก็บเงินจาก  บัตรวีซ่า  บัตรมาสเตอร์

หมายเลขบัตรเครดิต

บัตรหมดอายุ  /

เจ้าของบัตรเครดิต (ลงชื่อ) .....(ลายมือชื่อเหมือนหลังบัตรเครดิต)

ชำระผ่านธนาคาร

**โอนเงินผ่านธนาคารเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)**

ธนาคารกสิกรไทย	สาขาสีลม	เลขที่บัญชี	001-1-10196-8	บัญชีกระแสรายวัน
ธนาคารกรุงไทย	สาขานนทบุรี-ถนนแจ้งวัฒนะ	เลขที่บัญชี	056-1-05949-7	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
ธนาคารทหารไทย	สาขาสยามเสื่อป่า	เลขที่บัญชี	046-2-66952-4	บัญชีเงินฝากออมทรัพย์
ธนาคารไทยพาณิชย์	สำนักงานใหญ่	เลขที่บัญชี	001-3-11904-2	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน
ธนาคารกรุงเทพ	สาขาพระราม 9	เลขที่บัญชี	215-3-02200-5	บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน

กรุณาแสดงหลักฐานการโอนเงินและใบคำขอเอาประกันภัย พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนให้แก่เจ้าหน้าที่บริษัทฯ ที่ท่านติดต่อเพื่อทำการออกกรมธรรม์