



ใบคำขอเอาประกันภัย

คุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพแบบเฉพาะโรค

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่
 สถานภาพ โสด สมรส ม่าย หย่า วัน/เดือน/ปีเกิด น้ำหนัก/ส่วนสูง/..... เชื้อชาติ / สัญชาติ
 สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์
 อาชีพ ตำแหน่ง

2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประกันภัย : ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24:00 น.

4. แผนประกันภัย / ความคุ้มครองที่ต้องการเลือกซื้อ

ความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2	แผน 3
1. การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	300,000	500,000	1,000,000
2. การรักษาพยาบาลจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-2019)	30,000	50,000	100,000
3. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุทั่วไป	150,000	150,000	150,000
4. จ่ายทันทีเมื่อตรวจพบติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	10,000	10,000	10,000
แผนประกันภัยที่ต้องการเลือกซื้อ	499 <input type="checkbox"/>	699 <input type="checkbox"/>	999 <input type="checkbox"/>

5. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย
 ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร.....หมายเลขบัตรเครดิต.....หมดอายุ.....
 ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

- 6.1) ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางไปยังประเทศที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุประเทศ.....เมือง.....วันที่เดินทางไป.....วันที่เดินทางกลับ.....
- 6.2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยสุขภาพ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุบริษัทจำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- 6.3) ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกเล่า หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวหรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุว่าเป็นโรค.....สถานะของโรค.....โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพ ร่างกายของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้แก่บริษัท เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

บริษัทมีสิทธิที่จะขอตรวจร่างกาย ตรวจสอบประวัติการรักษา และตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่บริษัทพิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนตามที่เห็นสมควรโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่บริษัทแต่งตั้ง รวมทั้งมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย และไม่ขัดต่อหลักศาสนา โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่มียินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย..... ลงชื่อผู้เอาประกันภัย.....
()

การประกันภัยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865