



ใบคำขอเอาประกันภัย Application Form

กรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

Coronavirus Disease Infection Individual Insurance

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย Insured's Information

ชื่อ-นามสกุล Name of Insured person นาย/นาง/นางสาว MR / MS / Miss.....
 บัตรประจำตัวประชาชน Identity Card No บัตรประจำตัวข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ Identity Government Official No เลขที่ No.
 สถานภาพ Status โสด Single สมรส Married ม่าย Widow หย่า Divorce วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth.....
 น้ำหนัก/ส่วนสูง Weight / height...../.....เชื้อชาติ / สัญชาติ Race / Nationality/.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน Address โทรศัพท์ Tel.....
 สถานที่ทำงาน Office : ที่อยู่ Address..... โทรศัพท์ Tel
 อาชีพ Occupation ตำแหน่ง Position.....

2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Information

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Insured

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24:00 น.
 Period of Insurance : From at hours To at 24:00 hours

4. แผนประกันภัยและ/หรือ รายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง Type of Policy แผน Plan.....

5. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย Payment method

- ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร Credit Card.....หมายเลขบัตรเครดิต Credit Card No.หมดอายุ Expiry Date.....
 ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร Bank accountสาขา Branchบัญชีเลขที่ Account number
 อื่นๆ โปรดระบุ Other Please specify

6. คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย Question about the health history of the insured

- 6.1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่น
 ใช่หรือไม่ Have you applied for life insurance or health insurance or Coronavirus 2019 (COVID-19) insurance with Tune insurance company or other insurance companies?
 ไม่ใช่ No ใช่ Yes
 โปรดระบุบริษัท Please specify name of insurance companyจำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured.....บาท Baht
- 6.2) ในระยะเวลา 14 วันที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางไปยังประเทศที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือไม่
 In the last 14 days, have you traveled to a country where the Coronavirus 2019 (COVID-19) has been spread?
 ไม่ใช่ No ใช่ Yes
 โปรดระบุประเทศ Please specify name of countryเมือง City.....
 วันที่เดินทางไป Travel start dateวันที่เดินทางกลับ Return date
- 6.3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันสุขภาพ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา
 ประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ Have your life insurance or health insurance
 or critical illness insurance applications ever been denied, or premium has been charged higher or policy terms and conditions has been changed?
 ไม่ใช่ No ใช่ Yes
 โปรดระบุบริษัท Please specify name of insurance companyจำนวนเงินเอาประกันภัย Sum Insured.....บาท Baht



6.4) ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกเล่า หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคลมชักหรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่

Have you ever received treatments or diagnosed, or aware, or being informed or advised by medical professionals regarding symptoms of your illness about hypertension liver disease, kidney disease, diabetes, epilepsy, AIDS or having positive HIV blood test , blood disease, brain disease, cancer, lung disease, bones and muscles diseases, digestive system related diseases or any other disease or having congenital disease?

ไม่ใช่ No ใช่ Yes

โปรดระบุว่าเป็นโรค Please specify name of diseaseสถานะของโรค Status of disease

โรงพยาบาล Hospital

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพ ร่างกายของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้แก่บริษัท เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

บริษัทมีสิทธิขอตรวจร่างกาย ตรวจสอบประวัติการรักษา และตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่บริษัทพิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนตามที่เห็นสมควร โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่บริษัทแต่งตั้ง รวมทั้งมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย และไม่ขัดต่อหลักศาสนา โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกัน วินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

I declare and warrant that the above answers are true and complete to my knowledge. In addition, I agree that doctors, hospital or any other institutions that possess the records regarding my health conditions will provide the company with such information about my medical history and health conditions, including result about the Coronavirus 2019 (COVID-19) blood test. However, this document is not an insurance contract. Coverage will be accepted once it has been confirmed by the company.

The Company reserves the rights to request a physical examination and reviewing medical history and examining the laboratory results of the insured persons during claims assessment as deemed appropriate by the medical professionals appointed by the company and also reserve the rights (at the expenses of the company) to perform an autopsy if necessary and not oppose to the law and does not breach religious

If the insured person does not grant the permission to the company to investigate the claims or permission to access his/her medical records or histories, the company reserves the right not to pay such claims.

I hereby allow the company to store, use and share all my personal and medical details to the Office of Insurance Commissioner for the purpose of regulating the insurance industry.

Does the insured person wish to exercise the right to apply for income tax exemption under the tax law?

Yes, I agree to grant the consent to the non-life insurance company to submit and disclose information about the insurance premium to the Revenue Department in accordance to the regulations and methods set by the Revenue Department. If the applicant is a foreigner (Non-Thai Residence) who is liable to pay income tax under the Tax law, please specify the taxpayer identification number received from the Revenue Department No.

No, I do not agree

วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

(Date of apply for)

(The Applicant's Signature) ()

การประกันภัยตรง Direct ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent นายหน้าประกันวินาศภัย Broker ใบอนุญาตเลขที่ License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

WARNING : Office of Insurance Commission (OIC)

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865.