

ใบคำขอเอาประกันภัย PA Eco Package

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ ยูนิเวอร์ส (ใช้สำหรับการขายช่องทางอื่นๆ ยกเว้นการขายผ่านทางโทรศัพท์)

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

รายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
 วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้าหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม.
 ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
 โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
 อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
 สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

ลำดับที่ 1 ความสัมพันธ์ เลขประจำตัวประชาชน
 ลำดับที่ 2 ความสัมพันธ์ เลขประจำตัวประชาชน

รายละเอียดแผนประกันภัย

1. ระยะเวลาประกันภัย : วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้น _____ เวลา 16.30 น.

(หมายเหตุ : กรมธรรม์เริ่มคุ้มครอง ณ วันที่บริษัทฯรับทราบ หรือ อนุมัติเท่านั้น)

2. ความคุ้มครองที่เลือก :

รายละเอียดแผนประกันภัย

ความคุ้มครอง PA Eco Package	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจาก						
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป หรือ	100,000	300,000	500,000	1,000,000	700,000	1,000,000
1.2 การจำกัดความรับผิด (การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย) หรือ	100,000	300,000	500,000	1,000,000	700,000	1,000,000
1.3 การขยายความคุ้มครอง (การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	50,000	150,000	250,000	500,000	350,000	500,000
2. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	-	-	-	-	70,000	100,000
เบี้ยประกันภัย ต่อปี (รวมภาษีอากรแล้ว) อป.2	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6
Project Code: IPAECO						
ผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 190	<input type="checkbox"/> 490	<input type="checkbox"/> 790	<input type="checkbox"/> 1,490	<input type="checkbox"/> 2,890	<input type="checkbox"/> 3,490

เงื่อนไขการรับประกันภัย/คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

- มีสัญชาติไทย หรือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีใบอนุญาตทำงานตามกฎหมาย
- อายุที่รับประกันภัย อายุ 15 – 70 ปี (รวมอายุกรมธรรม์ต้องไม่เกิน 70 ปี)
- มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ และไม่เป็นโรคร้ายแรง
- คุ้มครองผู้เอาประกันภัยชั้นอาชีพ 1 – 3 ยกเว้นอาชีพที่ใช้รถจักรยานยนต์ในการประกอบอาชีพ อาชีพทหาร ตำรวจ หรือ อาสมัคร กรมธรรม์ไม่คุ้มครอง ในขณะที่เข้าปฏิบัติหน้าที่ในสงคราม หรือ ปรายปราม
- ผู้รับผลประโยชน์ของแผนประกันภัยนี้ต้องเป็นทายาทโดยธรรมหรือมีความสัมพันธ์ในความเป็นญาติร่วมสายโลหิตเดียวกันเท่านั้น
- แผนประกันภัยส่วนบุคคลจำกัดจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมกันสูงสุดไม่เกิน 3,000,000 บาทต่อคน หรือ ค่ารักษาไม่เกิน 300,000 บาทต่อคน (รวมทุกกรมธรรม์อุบัติเหตุส่วนบุคคลภายใต้ความคุ้มครองของบริษัทฯ)
- แผนประกันภัยที่มีค่ารักษาพยาบาล ผู้เอาประกันภัยจะได้รับบัตรประกันอุบัติเหตุ (PA CARD) สำหรับใช้สิทธิ์เข้ารับรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลในโครงการทั่วประเทศ ตามทุนที่ระบุในหน้าตารางกรมธรรม์
- บริษัทฯ ขอสงวน สิทธิ์ ในการรับประกันภัยหากตรวจพบว่าผู้เอาประกันภัยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัย บริษัทฯถือว่าการทำประกันภัยนั้น ไม่มีผลบังคับและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนสำหรับการทำประกันภัยที่ไม่มีผลบังคับดังกล่าว

3. การชำระเบี้ยประกันภัย : ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยแบบ **ครั้งเดียว**

- 3.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ _____ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)
- 3.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ผ่านบัตรเครดิต/บัตรเดบิต _____ หมายเลข _____ บัตรหมดอายุ _____
 อื่นๆ _____
- 3.3 ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____

ข้าพเจ้า (ผู้ขอเอาประกันภัย) ขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องเป็นความจริง และให้ถือเป็น ส่วนหนึ่งของ สัญญา ประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)(บริษัท)

ข้าพเจ้าตกลงทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท โดยให้อายุสัญญาประกันภัยต่อเนื่อง โดยอัตโนมัติ และยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัย จากบัตรเครดิต/เดบิต หรือวิธีการอื่นๆ ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

 ()
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

 ()
 ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คำเตือน ขอให้ผู้อาประกันภัยศึกษา และทำความเข้าใจเงื่อนไขความคุ้มครองและข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัย ก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง หากมีปัญหาหรือข้อขัดข้องใดๆ เกี่ยวกับการประกันวินาศภัย กรุณาติดต่อโดยตรงกับ บมจ.ชับบ์สามัคคีประกันภัย โทร 02-555-9100

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ หรืออาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

สำหรับฝ่ายขาย สาขา.....

- งานตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่
- นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่