

## ใบคำขอเอาประกันภัย Series D

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ ยูนิเวอร์ส (ใช้สำหรับการขายช่องทางอื่นๆ ยกเว้นการขายผ่านทางโทรศัพท์)

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_

## รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

ลำดับที่ 1 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

ลำดับที่ 2 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

## รายละเอียดการประกันภัยของบุคคลในครอบครัวที่ขอรับความคุ้มครองเพิ่ม (ถ้ามี)

คนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

ลำดับที่ 1 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

ลำดับที่ 2 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

คนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

ลำดับที่ 1 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

ลำดับที่ 2 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

คนที่ 3 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

ลำดับที่ 1 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

ลำดับที่ 2 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

คนที่ 4 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย

ลำดับที่ 1 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

ลำดับที่ 2 ..... ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน .....

**รายละเอียดแผนประกันภัย**

- ระยะเวลาประกันภัย : วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้น \_\_\_\_\_ เวลา 16.30 น.  
 (กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุโดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขวันสิ้นสุดการเอาประกันภัยตามที่กำหนดไว้ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)
- ความคุ้มครองที่เลือก :  
รายละเอียดแผนประกันภัย

ความคุ้มครอง Series D	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	บุตร
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจาก									
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.2 การจำกัดความรับผิด (การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย) หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.3 การขยายความคุ้มครอง (การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) หรือ	50,000	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000	1,500,000	25,000
1.4 การขยายความคุ้มครอง (การก่อการร้าย) หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.5 ผลประโยชน์จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในวันหยุดราชการประจำปี (จ่ายเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 1.1) หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.6 ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 1.1)	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
2. ผลประโยชน์ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	5,000
3. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	10,000	15,000	20,000	25,000	30,000	35,000	50,000	5,000
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้เป็นรายวันระหว่างการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วัน ต่อปี กรมธรรม์) (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	500	500	1,000	1,000	1,000	2,000	2,000	3,000	500
5. ผลประโยชน์เป็นรายวันกรณีการเข้าพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักจากอุบัติเหตุ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	1,000	1,000	2,000	2,000	2,000	4,000	4,000	6,000	1,000
<b>เบี้ยประกันภัย ต่อปี (รวมภาษีอากรแล้ว) อบ.1</b> Project Code: SERIESD1	<b>แผน 1</b>	<b>แผน 2</b>	<b>แผน 3</b>	<b>แผน 4</b>	<b>แผน 5</b>	<b>แผน 6</b>	<b>แผน 7</b>	<b>แผน 8</b>	
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 1,380	<input type="checkbox"/> 2,480	<input type="checkbox"/> 3,080	<input type="checkbox"/> 3,780	<input type="checkbox"/> 4,280	<input type="checkbox"/> 5,180	<input type="checkbox"/> 6,780	<input type="checkbox"/> 8,380	
ผู้ขอเอาประกันภัยและคู่สมรส	<input type="checkbox"/> 2,680	<input type="checkbox"/> 4,880	<input type="checkbox"/> 5,980	<input type="checkbox"/> 6,980	<input type="checkbox"/> 7,780	<input type="checkbox"/> 9,080	<input type="checkbox"/> 11,880	<input type="checkbox"/> 14,980	
ผู้ขอเอาประกันภัยและบุตร (บุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 4,880	<input type="checkbox"/> 5,980	<input type="checkbox"/> 6,580	<input type="checkbox"/> 7,280	<input type="checkbox"/> 7,780	<input type="checkbox"/> 8,680	<input type="checkbox"/> 10,280	<input type="checkbox"/> 11,880	
ผู้ขอเอาประกันภัยและครอบครัว (คู่สมรสและบุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 6,180	<input type="checkbox"/> 8,380	<input type="checkbox"/> 9,480	<input type="checkbox"/> 10,480	<input type="checkbox"/> 11,280	<input type="checkbox"/> 12,580	<input type="checkbox"/> 15,380	<input type="checkbox"/> 18,480	
<b>เบี้ยประกันภัย ต่อปี (รวมภาษีอากรแล้ว) อบ.2</b> Project Code: SERIESD2	<b>แผน 1</b>	<b>แผน 2</b>	<b>แผน 3</b>	<b>แผน 4</b>	<b>แผน 5</b>	<b>แผน 6</b>	<b>แผน 7</b>	<b>แผน 8</b>	
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,980	<input type="checkbox"/> 3,680	<input type="checkbox"/> 4,580	<input type="checkbox"/> 5,180	<input type="checkbox"/> 6,280	<input type="checkbox"/> 8,280	<input type="checkbox"/> 10,280	
ผู้ขอเอาประกันภัยและคู่สมรส	<input type="checkbox"/> 3,280	<input type="checkbox"/> 5,780	<input type="checkbox"/> 7,180	<input type="checkbox"/> 8,880	<input type="checkbox"/> 10,080	<input type="checkbox"/> 12,180	<input type="checkbox"/> 16,080	<input type="checkbox"/> 19,980	
ผู้ขอเอาประกันภัยและบุตร (บุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 5,180	<input type="checkbox"/> 6,480	<input type="checkbox"/> 7,180	<input type="checkbox"/> 8,080	<input type="checkbox"/> 8,680	<input type="checkbox"/> 9,780	<input type="checkbox"/> 11,780	<input type="checkbox"/> 13,780	
ผู้ขอเอาประกันภัยและครอบครัว (คู่สมรสและบุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 6,780	<input type="checkbox"/> 9,280	<input type="checkbox"/> 10,680	<input type="checkbox"/> 12,380	<input type="checkbox"/> 13,580	<input type="checkbox"/> 15,680	<input type="checkbox"/> 19,580	<input type="checkbox"/> 23,480	

เงื่อนไขการรับประกันภัย / คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

- 1) มีสัญชาติไทย หรือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีใบอนุญาตทำงานตามกฎหมาย
- 2) อายุที่รับประกันภัย ผู้ใหญ่ อายุ 15 – 70 ปี (ต่ออายุได้ถึง 75 ปี) บุตร อายุ 6 เดือน – 23 ปี
- 3) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ และไม่เป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ,โรคเอดส์, โรคมะเร็ง, โรคทางสมอง, โรคตับ ไต, โรคไขข้อกระดูก โรคเบาหวาน ต้องไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150mg/dL โรคความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตตัวบนต้อง ไม่สูงกว่า 60mmHg และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างต้องไม่ต่ำกว่า 100mmHg เนื่องจาก ต้องมีผลวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่เป็นเนื้อร้าย หรือมะเร็ง ยกเว้น เนื่องจากที่สมอง โรคลมชัก SLE โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งนี้บริษัทของสงวนสิทธิ์ไม่รับประกันภัย หากพบภายหลังว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าว
- 4) ผู้รับผลประโยชน์ของแผนประกันภัยนี้ต้องเป็นทายาทตามกฎหมายเท่านั้น ห้ามเป็นอื่นๆ
- 5) บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัยหากตรวจพบว่าผู้เอาประกันภัยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัย บริษัทฯถือว่าการทำประกันภัยนั้น ไม่มีผลบังคับและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนสำหรับการทำประกันภัยที่ไม่มีผลบังคับดังกล่าว

3. การชำระเบี้ยประกันภัย : ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยแบบครั้งเดียว

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

ข้าพเจ้า (ผู้ขอเอาประกันภัย) ขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)(บริษัท)

ข้าพเจ้าตกลงทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท โดยให้อายุสัญญาประกันภัยต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ และยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต/เดบิตหรือวิธีการอื่นๆ ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย(ลปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....
- ไม่มีความประสงค์

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

\_\_\_\_\_  
( )  
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**คำเตือนขอให้ผู้เอาประกันภัยศึกษา และทำความเข้าใจเงื่อนไขความคุ้มครองและข้อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัย ก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องใดๆ เกี่ยวกับการประกันวินาศภัย กรุณาติดต่อโดยตรงกับ บมจ.ชับบ์สามัคคีประกันภัย โทร 02-555-9100**

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**  
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ หรืออาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

สำหรับฝ่ายขาย สาขา.....

- งานตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย ..... โบอนุญาตเลขที่ .....
- นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ..... โบอนุญาตเลขที่ .....