

**ใบคำขอเอาประกันภัย Series E**

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 .....

**ประวัติสุขภาพ**  
 ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีประวัติสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรค การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือมีโรคประจำตัวในระยะ 2 ปี  
 ที่ผ่านมา  ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/ มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_  
 ผู้สมัครมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่พิการ และไม่เป็โรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจโรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคทางสมอง โรคตับ/ไต โรคไขข้อกระดูก โรคเบาหวาน ต้อง  
 ไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150mg/dL โรคความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตตัวบนต้องไม่สูงกว่า160mmHg และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างต้องไม่ต่ำกว่า  
 100mmHg เนื่องจาก ต้องมีผลวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่เป็นเนื้อร้าย หรือมะเร็ง ยกเว้น เนื้องอกที่สมอง โรคลมชัก SLE โรคพิษสุราเรื้อรัง

**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 .....

**ประวัติสุขภาพ**  
 ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีประวัติสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรค การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือมีโรคประจำตัวในระยะ 2 ปี  
 ที่ผ่านมา  ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/ มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_  
 ผู้สมัครมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่พิการ และไม่เป็โรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจโรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคทางสมอง โรคตับ/ไต โรคไขข้อกระดูก โรคเบาหวาน ต้อง  
 ไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150mg/dL โรคความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตตัวบนต้องไม่สูงกว่า160mmHg และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างต้องไม่ต่ำกว่า  
 100mmHg เนื่องจาก ต้องมีผลวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่เป็นเนื้อร้าย หรือมะเร็ง ยกเว้น เนื้องอกที่สมอง โรคลมชัก SLE โรคพิษสุราเรื้อรัง

**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 .....

**ประวัติสุขภาพ**  
 ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีประวัติสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรค การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือมีโรคประจำตัวในระยะ 2 ปี  
 ที่ผ่านมา  ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/ มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_  
 ผู้สมัครมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่พิการ และไม่เป็โรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจโรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคทางสมอง โรคตับ/ไต โรคไขข้อกระดูก โรคเบาหวาน ต้อง  
 ไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150mg/dL โรคความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตตัวบนต้องไม่สูงกว่า160mmHg และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างต้องไม่ต่ำกว่า  
 100mmHg เนื่องจาก ต้องมีผลวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่เป็นเนื้อร้าย หรือมะเร็ง ยกเว้น เนื้องอกที่สมอง โรคลมชัก SLE โรคพิษสุราเรื้อรัง

**รายละเอียดแผนประกันภัย**

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

ความคุ้มครอง Series E	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 การชดเชยความคุ้มครอง (การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) หรือ	50,000	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000	1,500,000	25,000
1.4 การชดเชยความคุ้มครอง (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. ผลประโยชน์พิเศษเพิ่มเติม สำหรับค่าชดเชยรายได้ครอบครัวรวม 12 เดือน (เดือนละ) (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	5,000	5,000	10,000	10,000	10,000	20,000	20,000	20,000	
3. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	10,000	15,000	20,000	25,000	30,000	35,000	50,000	5,000
4. ผลประโยชน์พิเศษ (Smart Money) จากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย (IPD ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 5 วัน) (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000	15,000	3,000
5. ค่าชดเชยรายได้ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย วันละ(สูงสุด 30 วันต่อครั้ง และไม่เกิน 90 วันต่อปี) (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	500	500	500	500	500	1,000	1,000	1,500	300
6. ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายจัดการงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	5,000	5,000	10,000	10,000	10,000	15,000	15,000	15,000	5,000
<b>เบี้ยประกันภัย ต่อปี (รวมภาษีอากรแล้ว) อบ.1</b>									
<b>Project Code: SERIESE1</b>	<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>	
ผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 3,590	<input type="checkbox"/> 3,890	<input type="checkbox"/> 4,290	<input type="checkbox"/> 4,590	<input type="checkbox"/> 5,190	<input type="checkbox"/> 6,390	<input type="checkbox"/> 7,190	<input type="checkbox"/> 9,090	
ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส	<input type="checkbox"/> 6,890	<input type="checkbox"/> 7,390	<input type="checkbox"/> 8,290	<input type="checkbox"/> 8,890	<input type="checkbox"/> 9,990	<input type="checkbox"/> 12,290	<input type="checkbox"/> 13,890	<input type="checkbox"/> 17,690	
ผู้เอาประกันภัยและบุตร (บุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 7,090	<input type="checkbox"/> 7,390	<input type="checkbox"/> 7,790	<input type="checkbox"/> 8,090	<input type="checkbox"/> 8,690	<input type="checkbox"/> 9,890	<input type="checkbox"/> 10,690	<input type="checkbox"/> 12,590	
ผู้เอาประกันภัยและครอบครัว (คู่สมรสและบุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 10,390	<input type="checkbox"/> 10,890	<input type="checkbox"/> 11,790	<input type="checkbox"/> 12,390	<input type="checkbox"/> 13,490	<input type="checkbox"/> 15,790	<input type="checkbox"/> 17,390	<input type="checkbox"/> 21,190	
<b>เบี้ยประกันภัย ต่อปี (รวมภาษีอากรแล้ว) อบ.2</b>	<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>	
<b>Project Code: SERIESE2</b>									
ผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 3,890	<input type="checkbox"/> 4,190	<input type="checkbox"/> 4,790	<input type="checkbox"/> 5,090	<input type="checkbox"/> 5,590	<input type="checkbox"/> 6,990	<input type="checkbox"/> 7,790	<input type="checkbox"/> 9,990	
ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส	<input type="checkbox"/> 7,490	<input type="checkbox"/> 8,090	<input type="checkbox"/> 9,290	<input type="checkbox"/> 9,890	<input type="checkbox"/> 10,890	<input type="checkbox"/> 13,590	<input type="checkbox"/> 15,090	<input type="checkbox"/> 19,390	
ผู้เอาประกันภัยและบุตร (บุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 7,690	<input type="checkbox"/> 7,990	<input type="checkbox"/> 8,590	<input type="checkbox"/> 8,890	<input type="checkbox"/> 9,390	<input type="checkbox"/> 10,790	<input type="checkbox"/> 11,590	<input type="checkbox"/> 13,790	
ผู้เอาประกันภัยและครอบครัว (คู่สมรสและบุตรสูงสุด 3 คน)	<input type="checkbox"/> 11,290	<input type="checkbox"/> 11,890	<input type="checkbox"/> 13,090	<input type="checkbox"/> 13,690	<input type="checkbox"/> 14,690	<input type="checkbox"/> 17,390	<input type="checkbox"/> 18,890	<input type="checkbox"/> 23,190	

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 160mmHg และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างต้องไม่ต่ำกว่า 100mmHg เนื่องจาก ต้องมีผลวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่เป็นเนื้อร้าย หรือมะเร็ง ยกเว้น เนื่องจากที่สมอง โรคลมชัก SLE โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งนี้บริษัทของสงวนสิทธิ์ไม่รับประกันภัย หากพบภายหลังว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าว
- 4) ผู้รับผลประโยชน์ของแผนประกันภัยนี้ต้องเป็นทายาทตามกฎหมายเท่านั้น ห้ามเป็นอื่นๆ
- 5) แผนประกันภัยนี้ (Series E) จำกัดไม่เกิน 1 กรมธรรม์ ต่อคนเท่านั้น
- 6) บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัยหากตรวจพบว่าผู้เอาประกันภัยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัย บริษัทฯถือว่าการทำประกันภัยนั้นไม่มีผลบังคับและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนสำหรับการทำประกันภัยที่ไม่มีผลบังคับดังกล่าว

3. การชำระเบี้ยประกันภัย : ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยแบบ**ครั้งเดียว**

- 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/ เดบิต หรือวิธีการอื่นๆ ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

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

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

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

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ หรืออาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

สำหรับฝ่ายขาย สาขา.....

- งานตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย ..... โบราณเลขที่ .....
- นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ..... โบราณเลขที่ .....