

รายละเอียดการประกันภัย

1. ระยะเวลาประกันภัย : วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้น _____ เวลา _____ น. (กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุโดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขวันสิ้นสุดการเอาประกันภัยตามที่กำหนดไว้ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)
2. ความคุ้มครองที่เลือก : แผนประกันภัย _____
3. การชำระเบี้ยประกันภัย : ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยแบบ _____
 - 3.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ _____ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)
 - 3.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ผ่านบัตรเครดิต/บัตรเดบิต _____ หมายเลข _____ บัตรหมดอายุ _____
 อื่นๆ _____
 - 3.3 ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____

ข้าพเจ้า (ผู้ขอเอาประกันภัยและบุคคลในครอบครัวที่ขอรับความคุ้มครองเพิ่ม) ขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัท) และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และยินยอมให้บริษัท เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าสำเนาหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้บริษัทขอสงวนสิทธิในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้า มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด
 ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าตกลงทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท โดยให้อายุสัญญาประกันภัยต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ และยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต/เดบิต หรือวิธีการอื่นๆ ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

(_____)
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(_____)
 ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้
 ตกเป็นโมฆะหรืออาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกล้างสัญญาประกันภัยได้
 ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

- งานตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่.....