



ใบคำขอเอาประกันโควิด เจอ จ่าย จบ

ปรับปรุง 5 มค 2564

กรมธรรม์ประกันภัยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (COVID-19))

- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย..... อาชีพ
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์มือถือ
- บัตรประชาชน เลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน) อีเมล
- วัน - เดือน - ปีเกิด เพศ
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
- ที่อยู่
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ถึงวันที่

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก แผนประกันภัยที่ (จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท)

การแถลงสุขภาพ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย มีการเดินทางไปต่างประเทศ หรือไม่?
 ไม่มีการเดินทาง มีการเดินทาง ระบุประเทศ
- ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกสงสัยว่าติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยการถูกกักตัวเพื่อดูอาการหรือถูกตรวจสุขภาพหรือถูกรักษาให้หายเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 หรือไม่? ไม่เคย เคย
- อีก 3 เดือนข้างหน้า ผู้ขอเอาประกันภัย จะมีการเดินทางไปต่างประเทศ หรือไม่?
 ไม่มีการเดินทาง มีการเดินทาง ระบุประเทศ
- ผู้ขอเอาประกันภัยมีหรือได้ขอเอาประกันภัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 หรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด
 ไม่มี มี ชื่อบริษัท ทุนประกัน บาท
- ผู้ขอเอาประกันภัยยืนยันว่ามีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคไต โรคปอด โรคเอดส์ โรคมะเร็ง ผู้ป่วยติดเตียง และไม่ได้เป็นผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสโคโรนาหรือถูกกักตัวโดยภาครัฐ ยืนยัน ไม่ยืนยัน

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าอับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัย ไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาที่ตนเป็นโฆมิยะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ปรับปรุง 5 มค 2564



แผนความคุ้มครองประกันโควิด เจอ จ่าย จบ

ข้อตกลงคุ้มครอง	แผน ราคาเบาๆ	แผน 1 (เกินคุ้ม)	แผน 2 (สุดคุ้ม)
การได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์เป็นครั้งแรกว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (COVID-19))	20,000	50,000	100,000
ค่าเบี้ยประกันภัยต่อปี (รวมค่าอากรและภาษี)	99	199	399

เงื่อนไขการรับประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันต้องมีสัญชาติไทยและพำนักอยู่ในประเทศไทย และอายุ 1-99 ปี
2. ผู้ขอเอาประกันสามารถทำประกันได้เพียง 1 ฉบับต่อ 1 ท่านเท่านั้น
3. ผู้ขอเอาประกันต้องไม่เป็นผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสโคโรนา หรือไม่ถูกกักตัวโดยภาครัฐเนื่องจากต้องสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา ก่อนทำประกัน
4. ผู้ขอเอาประกันต้องมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคไต โรคปอด โรคเอดส์ โรคมะเร็ง หรือผู้ป่วยติดเตียง
5. ผู้ขอเอาประกันไม่ได้มีอาชีพเป็นแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือนักบิน หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสนามบิน เครื่องบิน หรือเรือเดินทะเล
6. บริษัทของสงวนสิทธิ์ไม่รับประกันภัยแบบกลุ่มหรือองค์กร (ไม่เกิน 20 คน)
7. การประกันนี้ไม่คุ้มครองผู้เอาประกันที่จะเดินทางไปต่างประเทศในอีก 3 เดือนนับจากวันที่เริ่มคุ้มครอง
8. การประกันนี้มีระยะเวลาการรอคอย (waiting period) 14 วันสำหรับกรมธรรม์ปีแรก
9. การประกันนี้คุ้มครองเฉพาะการติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น
10. ผู้ขอเอาประกันทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกัน
11. ผู้เอาประกันต้องกรอกใบคำขอเอาประกันให้ครบถ้วน พร้อมแนบบัตรประชาชน