

**ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันภัยโควิด-19 สำหรับชาวต่างชาติและแรงงานต่างด้าว**  
**กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพนวกิจเฉพาะโรค แบบส่วนบุคคล**

**1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย**

ชื่อ-นามสกุล .....

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ...../.....เชื้อชาติ / สัญชาติ ...../.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หมายเลขหนังสือเดินทาง .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด.....

ผู้รับประกันภัย.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.

**3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง**

- |                                |  |       |     |
|--------------------------------|--|-------|-----|
| <input type="checkbox"/> แผน 1 | เบี้ยประกันต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์และภาษี) | 1,460 | บาท |
| <input type="checkbox"/> แผน 2 | เบี้ยประกันต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์และภาษี) | 1,475 | บาท |
| <input type="checkbox"/> แผน 3 | เบี้ยประกันต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์และภาษี) | 1,500 | บาท |

**คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย**

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยสุขภาพไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

- ไม่เคย/ ไม่มี     เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)
- บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

- ไม่เคย/ ไม่มี     เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)
- บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

- ไม่เคย/ ไม่มี     เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)
- บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

4) ท่านมีโรคประจำตัว หรือรับประทานยา หรือฉีดยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?

- ไม่มี     มี (โปรดระบุ) .....

## ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันภัยโควิด-19 สำหรับชาวต่างชาติและแรงงานต่างด้าว

## กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพนวกิจเฉพาะโรค แบบส่วนบุคคล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

- รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
- รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ไม่มีความประสงค์
- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชั้นสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

**ความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ไซ้ หรือเปิดเผยข้อมูล (กรุณาให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ไซ้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ)**

- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ จัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันภัยโควิด-19 สำหรับชาวต่างชาติและแรงงานต่างด้าว  
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพนวกิจเฉพาะโรค แบบส่วนบุคคล

“เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว”

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )  
( ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ ) ( ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ) ( ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม )

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นที่จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกลางสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865