



ใบคำขอเอาประกันโควิด รวมอุบัติเหตุ  
กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และอุบัติเหตุ

22 ธค 2563

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

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก แผนประกันภัยที่ ..... (จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท)

การอ้อยแกลงสุขภาพ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย มีการเดินทางไปต่างประเทศ หรือไม่?  
 ไม่มีการเดินทาง  มีการเดินทาง ระบุประเทศ .....
- ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยถูกสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยการถูกกักตัวเพื่อดูอาการหรือ  
ถูกตรวจสุขภาพหรือถูกรักษาให้หายเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 หรือไม่?  ไม่เคย  เคย
- อีก 3 เดือนข้างหน้า ผู้ขอเอาประกันภัย จะมีการเดินทางไปต่างประเทศ หรือไม่?  
 ไม่มีการเดินทาง  มีการเดินทาง ระบุประเทศ .....
- ผู้เอาประกันภัยมีหรือได้ขอเอาประกันภัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 หรือไม่? ถ้ามี โปรดแกลงรายละเอียด  
 ไม่มี  มี ชื่อบริษัท ..... ทุนประกัน ..... บาท
- ผู้ขอเอาประกันภัยยืนยันว่าร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสโควิด 19 หรือไม่ถูกกักตัวโดยภาครัฐ และไม่ได้รับยารักษา  
เอดส์ โรคมะเร็ง หรือผู้ป่วยติดเชื้อ  ยืนยัน  ไม่ยืนยัน

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ  
ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอ  
รับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและ  
บริษัท

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำ  
การชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อ  
ประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย ..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแกลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญา  
ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



**บริษัท สิ้นหมังคกงประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED**

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240  
โทร./Tel.0-2378-7000 โทรสาร/Fax.0-2377-3322 www.smk.co.th

313 Srinakarin Road, Huamark, Bangkapi, Bangkok 10240  
ทะเบียนเลขที่ 0107537001641 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537001641

**แผนประกันโควิดรวมอุบัติเหตุ**

การคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2
1. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	50,000	100,000
2. การเจ็บป่วยด้วยภาวะ โคม่าหรือภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	100,000	1,000,000
3. การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพาวรสิ้นเชิง เนื่องจากอุบัติเหตุ (อ.บ.1)	50,000	100,000
<b>ค่าเบี้ยประกันภัยต่อปี (รวมอากรแสตมป์แล้ว)</b>	<b>249</b>	<b>849</b>

**เงื่อนไขการรับประกันภัย**

1. ผู้ขอเอาประกันภัยมีอายุ 1-99 ปี
2. ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถทำประกันภัยได้เพียง 1 ฉบับต่อ 1 ท่านเท่านั้น
3. ให้ความคุ้มครองเฉพาะคนไทยที่พำนักอยู่ในราชอาณาจักรไทยเท่านั้น
4. คุ้มครองเฉพาะ การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ในราชอาณาจักรไทยเท่านั้น
5. ผู้ขอเอาประกันภัยไม่เป็นผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสโควิด 19 หรือ ไม่ถูกกักตัวโดยภาครัฐเนื่องจากต้องสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโควิด 19
6. ผู้ขอเอาประกันมิมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่ได้ป่วยเป็น โรคหัวใจ โรคไต โรคปอด โรคเอดส์ โรคมะเร็ง หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง
7. บริษัทขอสงวนสิทธิ์การรับประกันภัยสำหรับบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาล และพนักงานที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในท่าอากาศยาน แอร์โฮสเตส สจ๊วต นักบิน
8. บริษัทขอสงวนสิทธิ์ไม่รับประกันภัยแบบกลุ่มหรือองค์กร (เกินกว่า 20 คน )
9. ระยะเวลารอคอย (Waiting Period) 14 วัน (สำหรับกรมธรรม์ปีแรก)
10. ผู้ขอเอาประกันภัยทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไขก่อนตัดสินใจทำประกัน
11. ผู้เอาประกันต้องกรอกใบคำขอเอาประกันภัย “กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และอุบัติเหตุ” ให้ครบถ้วน พร้อมแนบบัตรประชาชน