



**ใบคำขอเอาประกันภัย**

**กรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))**

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล .....

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

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

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

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

ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่

เวลา

น.

สิ้นสุดวันที่

เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			
	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4
- การเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายแรงที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))	100,000	100,000	500,000	1,000,000
- การรักษาพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ต่อปี	10,000	50,000	50,000	100,000
เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / ปี	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 250	<input type="checkbox"/> 450	<input type="checkbox"/> 850

**วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย**

ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร ..... หมายเลขบัตรเครดิต ..... บัตรหมดอายุ .....

ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ..... สาขา ..... บัญชีเลขที่ .....

**คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย**

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))ไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี     เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2) ในระหว่าง 14 วันที่ผ่านมา ท่านได้เดินทางไปยังประเทศจีนหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี     เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

มณฑล.....เมือง..... วันที่เดินทางไป..... วันที่เดินทางกลับ.....

เป็นบุคคลในครอบครัว [ ] คู่สมรส [ ] บุตร [ ] บิดา-มารดา ของ นาย/นาง/น.ส. ....

รหัสพนักงาน ..... สังกัด..... โทร.....

โอนเงินเข้าบัญชีเพื่อเรียก เลขที่ 050011283574 แจ้งสติการโอนเงินที่ Fax. 02-278-0090 และ Line@ : gsb-coop





3) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

- ไม่เคย/ ไม่มี     เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

4) ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรค ลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคนิวมาหวน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือ มีเชื้อไวรัส HIV หรือโรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือไม่?

- ไม่เคย/ ไม่มี     เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

5) ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

- ไม่มี     มี (โปรดระบุ) .....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตาม กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_
- ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญา ประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทออก ล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการ ชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการ พิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย .....

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย     นายหน้าประกันวินาศภัย..... โบณุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็น โมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

