

เพื่อประโยชน์ของผู้ขอเอาประกันภัย

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ในคำขอเอาประกันภัยฉบับย่อ (แบบพิเศษ)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย :

วัน/เดือน/ปีเกิด :

ที่อยู่ปัจจุบัน :

โทรศัพท์บ้าน :

โทรศัพท์มือถือ :

อีเมล :

2. ชื่อผู้รับประโยชน์ :

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

3. ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มวันที่

เวลา 0.01

น.

สิ้นสุดวันที่

เวลา 24.00 น.

 4. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน Covid All In One แผน 1 แผน 2 แผน 3

เบี้ยประกันภัยรวมอาการแสดงปัจจุบัน

บาท/คน/ปี

5. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

 รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้

 รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเพื่อจดจำ เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดดังๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมุลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่ว่าเจ้าความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อที่จะดำเนินการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการขันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการหดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดสอบและ/หรือค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

วันที่.....,

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

 การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันภัย นายหน้าประกันภัย

ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำตามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแคลงชื่อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิลบออกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865



บริษัท พอลคุณประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
 33/4 อาคารเอ เกオ-ไบคาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 02 037 9888
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บบฯ. 010753500419 สำนักงานใหญ่
 Email: flicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)
 33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th FL,
 Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
 Tel.: (+66) 2037 9888

think independent