

เพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย

กรมการออกข้อมูลให้ครบถ้วน

ใบคำขอเอาประกันภัยฉบับย่อ (แบบพิเศษ)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย :		วัน/เดือน/ปีเกิด :		ที่อยู่ปัจจุบัน :	
โทรศัพท์บ้าน :		โทรศัพท์มือถือ :		อีเมล :	
2. ชื่อผู้รับประโยชน์ :		ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย :			
3. ระยะเวลาเอาประกันภัย :		เริ่มวันที่	เวลา 0.01 น.	สิ้นสุดวันที่	เวลา 24.00 น.
4. แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผนประกันโควิด New All In One <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3					
เบี้ยประกันภัยรวมอากรแสตมป์และภาษี			บาท/คน/ปี		
5. ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด					
<input type="checkbox"/> รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้					
<input type="checkbox"/> รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทาง ไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้					
<p>ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p> <p>ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> <p>บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท</p> <p>ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนและ/หรือค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้</p>					
วันที่.....			ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย		
<input checked="" type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง		<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย		<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย	
		ใบอนุญาตเลขที่			
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p>					

Version Covid New All In One_20210425





ประกันโควิด ALL IN ONE ค้ำครอง อุ่นใจ ระลอกไหนก็หมดกังวล

- ✔ ค้ำครองภาวะโคม่าจากการติดเชื้อหรือแพ้วัคซีน สูงสุด 1,000,000.-
- ✔ นอนโรงพยาบาลจากโควิดค้ำครองค่ารักษา สูงสุด 200,000.-
- ✔ ชดเชยรายวันที่ได้ สูงสุด 2,000.-/วัน (สูงสุด 14 วัน)
- ✔ อุบัติเหตุที่ค้ำครอง สูงสุด 10,000.-

เบี้ยเริ่มต้น
350/ปี

สมัครประกันโควิด NEW ALL IN ONE ง่ายๆ เพียง 4 ขั้นตอน

- 1 กรอกใบคำขอเอาประกันภัย พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
- 2 แนบหลักฐานการชำระเงิน



ช่องทางการชำระเงิน

บัญชีธนาคาร บมจ.ฟอลคอนประกันภัย

ร.กรุงเทพ ออมทรัพย์ 002-8-01210-2

ร.ทสทรไทย ออมทรัพย์ 038-2-57414-1

พิมพ์: NEW ALL IN ONE ตามด้วย ชื่อผู้เอาประกันภัย
ในช่องบันทึกช่วยจำ

- 3 ส่งเอกสารทั้งหมดมาที่: ✉ fci_covid@falconinsurance.co.th

- 4 รอรับกรมธรรม์
กรณีเลือกรับเป็น e-policy ต้องระบุ e-mail สำหรับจัดส่ง e-policy
และเบอร์โทรศัพท์มือถือให้ครบถ้วน

