

ใบคำขอเอาประกันภัยฉบับย่อ (แบบพิเศษ)
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย :			
วัน/เดือน/ปีเกิด :	ที่อยู่ปัจจุบัน :		
โทรศัพท์บ้าน :	โทรศัพท์มือถือ :	อีเมล :	
2. ชื่อผู้รับประกัน :	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :		
3. ระยะเวลาเอาประกันภัย :	เริ่มวันที่	เวลา 0.01 น.	สิ้นสุดวันที่
			เวลา 24.00 น.
4. แผนประกันที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง :	แผนประกัน Covid V-Care	<input type="checkbox"/>	แผน
	เบี้ยประกันรวมอากรแสตมป์และภาษี	บาท/คน/ปี	
5. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด			
<input type="checkbox"/> รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้			
<input type="checkbox"/> รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้			
<p>ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> <p>บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท</p> <p>ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนและ/หรือค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้</p>			
วันที่.....	ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย		
<input checked="" type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง		<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย	
		ใบอนุญาตเลขที่	
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865			

