



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
แขวงบวรนิวาส เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
โทร : 0-2670-4444 โทรสาร : 0-2629-4150
www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoenklang Avenue,
Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
Tel : 0-2670-4444 Fax : 0-2629-4150
www.deves.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลเทเวศ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

เลขที่ใบคำขอ NPA151 120947

1. ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ____ / ____ / ____ อายุ ____ ปี
เลขประจำตัวประชาชน _____ ที่อยู่ปัจจุบัน _____

โทรศัพท์ _____
อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อเดือน _____ บาท

ชื่อสถานที่ทำงาน _____ (กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน+รับรองสำเนาถูกต้องด้วยทุกครั้ง)

ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____ โทรศัพท์ _____

2. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่มี ☐ มีหรือได้ขอ (โปรดแสดงรายละเอียดให้ครบถ้วน)

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)	
บริษัทอื่นๆ ระบุ.....	

ความคุ้มครองที่ต้องการซื้อ :

ระยะเวลาประกันภัย	จำนวนเงินเอาประกันภัยและเบี้ยประกันภัย (บาท)	
	แผน 1	แผน 2
	120,000	200,000
1 ปี	☐ 230	☐ 360
2 ปี	☐ 440	☐ 690

ระยะเวลาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา _____ 16.30 น.

คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อและตกลงใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณารับประกันภัยนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดีทุกประการ ไม่เป็น เคยเป็น หรือมีอาการ รับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง(เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายที่พิการหรือทุพพลภาพ ข้าพเจ้าทราบดีว่าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV หรือมีภาวะผิดปกติของร่างกายมาก่อน หรือมีโรคภัยเรื้อรังดังระบุข้างต้น บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) มีสิทธิจะไม่รับประกันภัยข้าพเจ้า และบอกล้างสัญญาประกันภัยได้

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล คลินิก หรือบุคคลใดๆ ซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าสามารถเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการ และสำเนารายงานการรักษา รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ ไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อดำเนินการพิจารณาสินไหมได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

วันที่.....

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้