

## ใบคำขอเอาประกันภัย ผลิตภัณฑ์ PA Series

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ ยูนิเวอร์ส (ใช้สำหรับการขายช่องทางอื่นๆ ยกเว้นการขายผ่านทางโทรศัพท์)

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_

## รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.  
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_  
สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

## ประวัติสุขภาพ

ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีประวัติสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรค การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือมีโรคประจำตัวในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา  
 ไม่เคย/ไม่มี/ไม่เป็น โรคภัยแรง ไตแก่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรค  
ปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคภัยแรงอื่นๆ หรือ  
โรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด) และ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ เดินเป็นปกติโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วย  
 เคยมี โรคที่ไม่ใช่โรคภัยแรงข้างต้น และ/หรือโรคเบาหวาน (ต้องไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150 mg/dL) และ/หรือโรคความดันโลหิต (ค่าความดันตัวบนไม่  
เกิน 160 mmHg และค่าความดันตัวล่างไม่เกิน 100 mmHg) (โปรดระบุรายละเอียด)

## รายละเอียดการประกันภัยของบุคคลในครอบครัวที่ขอรับความคุ้มครองเพิ่ม (ถ้ามี)

คนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.  
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_  
สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

## ประวัติสุขภาพ

ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีประวัติสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรค การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือมีโรคประจำตัวในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา  
 ไม่เคย/ไม่มี/ไม่เป็น โรคภัยแรง ไตแก่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรค  
ปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคภัยแรงอื่นๆ หรือ  
โรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด) และ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ เดินเป็นปกติโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วย  
 เคยมี โรคที่ไม่ใช่โรคภัยแรงข้างต้น และ/หรือโรคเบาหวาน (ต้องไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150 mg/dL) และ/หรือโรคความดันโลหิต (ค่าความดันตัวบนไม่  
เกิน 160 mmHg และค่าความดันตัวล่างไม่เกิน 100 mmHg) (โปรดระบุรายละเอียด)

คนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.  
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_  
สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

## ประวัติสุขภาพ

ผู้ขอเอาประกันภัยเคยมีประวัติสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรค การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือมีโรคประจำตัวในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา  
 ไม่เคย/ไม่มี/ไม่เป็น โรคภัยแรง ไตแก่ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรค  
ปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคภัยแรงอื่นๆ หรือ  
โรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด) และ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ เดินเป็นปกติโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วย  
 เคยมี โรคที่ไม่ใช่โรคภัยแรงข้างต้น และ/หรือโรคเบาหวาน (ต้องไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150 mg/dL) และ/หรือโรคความดันโลหิต (ค่าความดันตัวบนไม่  
เกิน 160 mmHg และค่าความดันตัวล่างไม่เกิน 100 mmHg) (โปรดระบุรายละเอียด)

## รายละเอียดการประกันภัย

- ระยะเวลาประกันภัย 1 ปี : วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้น \_\_\_\_\_ เวลา 16.30 น.
- ความคุ้มครองที่เลือก :

Series	แผน/ทุนประกันภัยที่เลือก	ผู้ขอเอาประกันภัย
<input type="checkbox"/> แผน Series A <input type="checkbox"/> แผน Series B <input type="checkbox"/> แผน Series C <input type="checkbox"/> แผน Series D <input type="checkbox"/> แผน Series D + ทุนการศึกษา <input type="checkbox"/> แผน Series E	<input type="checkbox"/> อบ. 1 <input type="checkbox"/> อบ. 2  ทุนประกัน _____	<input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัยและคู่สมรส <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัยและบุตร (บุตรสูงสุด 3 คน) <input type="checkbox"/> ผู้ขอเอาประกันภัยและครอบครัว (คู่สมรสและบุตรสูงสุด 3 คน)

**เงื่อนไขการรับประกันภัย/คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย**

- มีสัญชาติไทย หรือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และอยู่อาศัยถาวรในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- อายุที่รับประกันภัย ผู้ใหญ่ อายุ 15 – 70 ปี (ต่ออายุได้ถึง 75 ปี) บุตร อายุ 6 เดือน – 23 ปี
- ผู้รับผลประโยชน์ของแผนประกันภัยนี้ต้องเป็นทายาทโดยธรรมหรือมีความสัมพันธ์ในความเป็นญาติร่วมสายโลหิตเดียวกันเท่านั้น
- แผนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล จำกัดจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมกันที่ทำกับบริษัทฯ สูงสุดไม่เกิน 3,000,000 บาท ต่อคน
- ทุนค่าปลงศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยรวมกันสูงสุดไม่เกิน 50,000 บาทต่อคน
- แผนประกันภัย PA Series E จำกัดจำนวนกรมธรรม์ 1 กรมธรรม์ต่อคน
- ไม่รับประกัน ผู้ที่ต้องใช้รถจักรยานยนต์ในการประกอบอาชีพหลัก ลักษณะงานที่ทำงานเกี่ยวกับวัตถุระเบิด ขูดเจาะน้ำมัน เหมืองใต้ดิน รับเหมาก่อสร้าง ผลิตสารเคมีอันตราย นักกีฬาอาชีพ พนักงานเดินเรือ กรรมกรแบกหาม ชาวประมง (ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร ไม่คุ้มครองขณะเข้าปฏิบัติหน้าที่ในสงครามหรือปราบปราม) และขึ้นอาชีพ 4 ขึ้นไป
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัยหากตรวจพบว่าผู้เอาประกันภัยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัย บริษัทฯ ถือว่าการทำประกันภัยนั้น ไม่มีผลบังคับและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนสำหรับการทำประกันภัยที่ไม่มีผลบังคับดังกล่าว

**3. การชำระเบี้ยประกันภัย : ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยแบบครั้งเดียว**

- จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ \_\_\_\_\_ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)
- วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย  ผ่านบัตรเครดิต/บัตรเดบิต \_\_\_\_\_ หมายเลข \_\_\_\_\_ บัตรหมดอายุ \_\_\_\_\_  อื่นๆ \_\_\_\_\_
- ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า (ผู้ขอเอาประกันภัยและบุคคลในครอบครัวที่ขอรับความคุ้มครองเพิ่ม) ขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัท) และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออกร์ สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และยินยอมให้บริษัท เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าสำเนาหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ใดและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าตกลงทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท โดยให้อายุสัญญาประกันภัยต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ และยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต/เดบิต หรือวิธีการอื่นๆ ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_
- ไม่มีความประสงค์

\_\_\_\_\_  
 ( )  
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

\_\_\_\_\_  
 ( )  
 ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**คำเตือน** ขอให้ผู้เอาประกันภัยศึกษา และทำความเข้าใจเงื่อนไขความคุ้มครองและยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัย ก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง หากมีปัญหาหรือข้อขัดข้องใดๆ เกี่ยวกับการประกันวินาศภัย กรุณาติดต่อโดยตรงกับ บมจ.ชับบ์สามัคคีประกันภัย โทร 02-555-9100

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**  
 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะส่งผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ หรืออาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 665

สำหรับฝ่ายขาย สาขา.....

- งานตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย ..... โบอนุญาตเลขที่ .....
- นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ..... โบอนุญาตเลขที่ .....