

ใบคำขอเอาประกันภัย (แบบที่ 2 - สำหรับแผนประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองอุบัติเหตุและ/หรือเจ็บป่วย)
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ ยูนิเวอร์ส

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
สัญชาติ _____ วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____

โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____

สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย _____

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น อันเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

รายละเอียดข้อมูลของบุคคลในครอบครัวที่ขอรับความคุ้มครองเพิ่ม (ถ้ามี)

คนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

สัญชาติ _____ วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____

โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____

สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย _____

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคโรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น

อันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

คนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
สัญชาติ _____ วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย _____

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

คนที่ 3 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
สัญชาติ _____ วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย _____

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

คนที่ 4 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
สัญชาติ _____ วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย _____

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูกและเนื้อเยื่อ โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการผ่าตัด หรือเพื่อการรักษาและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น อันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ ซึ่งยังไม่ได้กระทำ หรือยังมีความผิดปกติ/ การเจ็บป่วย/ อาการเรื้อรังอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (โปรดระบุรายละเอียด) _____

รายละเอียดการประกันภัย

1. ระยะเวลาของประกันภัย: วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้น _____ เวลา _____ น. (กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุโดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขวันสิ้นสุดการเอาประกันภัยตามที่กำหนดไว้ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)

2. ความคุ้มครองที่เลือก: แผนประกันภัย _____

3. การชำระเบี้ยประกันภัย: แบบ ☐ รายปี ☐ รายเดือน _____ เดือน

3.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ _____ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

3.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

☐ ผ่านบัตรเครดิต/เดบิต _____ หมายเลข (กรุณาคัดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายขายของบริษัท ชับบ์ สามัคคีประกันภัย) บัตรหมดอายุ _____

☐ อื่นๆ _____

3.3 ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท โดยให้อายุสัญญาประกันภัยต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ และยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต/เดบิต หรือวิธีการอื่นๆ ของผู้ขอเอาประกันภัยตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยจะขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

()

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

()

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

☐ การประกันภัยโดยตรง

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย

ใบอนุญาตเลขที่