

ใบคำขอเอาประกันภัย Series D

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ ยูนิเวอร์ส (ใช้สำหรับการขายช่องทางอื่นๆ ยกเว้นการขายผ่านทางโทรศัพท์)

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย
ลำดับที่ 1 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน
ลำดับที่ 2 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน

รายละเอียดการประกันภัยของบุคคลในครอบครัวที่ขอรับความคุ้มครองเพิ่ม (ถ้ามี)

คนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย
ลำดับที่ 1 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน
ลำดับที่ 2 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน

คนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย
ลำดับที่ 1 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน
ลำดับที่ 2 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน

คนที่ 3 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย
ลำดับที่ 1 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน
ลำดับที่ 2 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน

คนที่ 4 ชื่อ-นามสกุล _____ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____
วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ น้ำหนัก _____ ก.ก. ส่วนสูง _____ ซม.
ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร _____
โทรศัพท์ _____ อีเมล _____
อาชีพ _____ ลักษณะงาน _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน / ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดของจำนวนเงินเอาประกันภัย
ลำดับที่ 1 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน
ลำดับที่ 2 ความสัมพันธ์..... เลขประจำตัวประชาชน

รายละเอียดแผนประกันภัย

- ระยะเวลาประกันภัย : วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้น _____ เวลา 16.30 น.
(กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุโดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขวันสิ้นสุดการเอาประกันภัยตามที่กำหนดไว้ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)
- ความคุ้มครองที่เลือก :
รายละเอียดแผนประกันภัย

ความคุ้มครอง Series D	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	บุตร
1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจาก									
1.1 อุบัติเหตุทั่วไป หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.2 การจำกัดความรับผิดชอบ (การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย) หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.3 การขยายความคุ้มครอง (การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์) หรือ	50,000	100,000	150,000	250,000	350,000	500,000	1,000,000	1,500,000	25,000
1.4 การขยายความคุ้มครอง (การก่อการร้าย) หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.5 ผลประโยชน์จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในวันหยุดราชการประจำปี (จ่ายเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 1.1) หรือ	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
1.6 ผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะ (จ่ายเพิ่มอีก 1 เท่าของข้อ 1.1)	100,000	200,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	50,000
2. ผลประโยชน์ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	5,000
3. ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	10,000	10,000	15,000	20,000	25,000	30,000	35,000	50,000	5,000
4. ผลประโยชน์การชดเชยรายได้เป็นรายวันระหว่างการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วัน ต่อปี กรมธรรม์) (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	500	500	1,000	1,000	1,000	2,000	2,000	3,000	500
5. ผลประโยชน์เป็นรายวันกรณีการเข้าพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักจากอุบัติเหตุ (รวมการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์)	1,000	1,000	2,000	2,000	2,000	4,000	4,000	6,000	1,000
เบี้ยประกันภัย ต่อปี (รวมภาษีอากรแล้ว) อบ.1 Project Code: SERIESD1	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	
ผู้เอาประกันภัย	☐ 1,380	☐ 2,480	☐ 3,080	☐ 3,780	☐ 4,280	☐ 5,180	☐ 6,780	☐ 8,380	
ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส	☐ 2,680	☐ 4,880	☐ 5,980	☐ 6,980	☐ 7,780	☐ 9,080	☐ 11,880	☐ 14,980	
ผู้เอาประกันภัยและบุตร (บุตรสูงสุด 3 คน)	☐ 4,880	☐ 5,980	☐ 6,580	☐ 7,281	☐ 7,780	☐ 8,680	☐ 10,280	☐ 11,880	
ผู้เอาประกันภัยและครอบครัว (คู่สมรสและบุตรสูงสุด 3 คน)	☐ 6,180	☐ 8,380	☐ 9,480	☐ 10,480	☐ 11,280	☐ 12,580	☐ 15,380	☐ 18,480	
เบี้ยประกันภัย ต่อปี (รวมภาษีอากรแล้ว) อบ.2 Project Code: SERIESD2	แผน 1	แผน 2	แผน 3	แผน 4	แผน 5	แผน 6	แผน 7	แผน 8	
ผู้เอาประกันภัย	☐ 1,680	☐ 2,980	☐ 3,680	☐ 4,580	☐ 5,180	☐ 6,280	☐ 8,280	☐ 10,280	
ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส	☐ 3,280	☐ 5,780	☐ 7,180	☐ 8,880	☐ 10,080	☐ 12,180	☐ 16,080	☐ 19,980	
ผู้เอาประกันภัยและบุตร (บุตรสูงสุด 3 คน)	☐ 5,180	☐ 6,480	☐ 7,180	☐ 8,080	☐ 8,680	☐ 9,780	☐ 11,780	☐ 13,780	
ผู้เอาประกันภัยและครอบครัว (คู่สมรสและบุตรสูงสุด 3 คน)	☐ 6,780	☐ 9,280	☐ 10,680	☐ 12,380	☐ 13,580	☐ 15,680	☐ 19,580	☐ 23,480	

เงื่อนไขการรับประกันภัย / คุณสมบัติของผู้เอาประกันภัย

- มีสัญชาติไทย หรือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาในราชอาณาจักรไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีใบอนุญาตทำงานตามกฎหมาย
- อายุที่รับประกันภัย ผู้ใหญ่ อายุ 15 – 70 ปี (ต่ออายุได้ถึง 75 ปี) บุตร อายุ 6 เดือน – 23 ปี
- มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีส่วนหนึ่งส่วนใดพิการ และไม่เป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ, โรคเอดส์, โรคมะเร็ง, โรคทางสมอง, โรคตับแข็ง, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคไขข้อกระดูก, โรคเบาหวาน (ต้องไม่เคยฉีดอินซูลิน และ ค่าไม่เกิน 150mg/dL) โรคความดันโลหิต (ค่าความดันตัวบนไม่เกิน 160 mmHg และค่าความดันตัวล่างไม่เกิน 100 mmHg) โรคลมชัก, SLE, โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ผู้รับผลประโยชน์ของแผนประกันภัยนี้ต้องเป็นทายาทโดยธรรมหรือมีความสัมพันธ์ในความเป็นญาติร่วมสายโลหิตเดียวกันเท่านั้น
- แผนประกันภัย PA Series จำกัดจำนวนเงินเอาประกันภัยรวมกันสูงสุดไม่เกิน 3,000,000 บาทต่อคน
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับประกันภัยหากตรวจพบว่าผู้เอาประกันภัยมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเงื่อนไขการรับประกันภัย บริษัทฯถือว่าการทำประกันภัยนั้น ไม่มีผลบังคับและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนสำหรับการทำประกันภัยที่ไม่มีผลบังคับดังกล่าว

3. การชำระเบี้ยประกันภัย : ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยแบบครั้งเดียว

3.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ _____ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

3.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ ผ่านบัตรเครดิต/บัตรเดบิต _____ หมายเลข _____ บัตรหมดอายุ _____

☐ อื่นๆ _____

3.3 ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย _____

ข้าพเจ้า (ผู้ขอเอาประกันภัย) ขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)(บริษัท)

ข้าพเจ้าตกลงทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท โดยให้อายุสัญญาประกันภัยต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ และยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต/เดบิตหรือวิธีการอื่นๆ ของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริง เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ ไม่มีความประสงค์

()

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

()

ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ หรืออาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

สำหรับฝ่ายขาย สาขา.....

☐ งานตรง

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่