



บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)
SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
โทร./Tel.0-2378-7000 โทรสาร/Fax.0-2377-3322 www.smk.co.th

313 Srinakarin Road, Huamark, Bangkok, Bangkok 10240
ทะเบียนเลขที่ 0107537001641 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537001641

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง/..... เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....
อาชีพ..... สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด.....
ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง

ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย
Insuring Agreement/Endorsement

จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ.....
 ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่

คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3) ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

ไม่มี มี (โปรดระบุ).....



ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

ไม่มีความประสงค์

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

()

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865