

ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันแพ้วัดขึ้น โควิด-19
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพนวกิจเฉพาะโรค แบบส่วนบุคคล
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

- ☐ แผน 1 เบี้ยประกันต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์และภาษี) 199 บาท
☐ แผน 2 เบี้ยประกันต่อคนต่อปี (รวมอากรแสตมป์และภาษี) 399 บาท

คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย
1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

- ☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)
 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

- ☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)
 บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3) ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?

- ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

4) สำหรับสุขภาพสตรี ปัจจุบันท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่?

- ☐ ไม่ ☐ ใช่ กรุณาระบุครรภ์ เดือน

5) การแถลงข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ขอเอาประกันภัย
5.1) ท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข็มแรก หรือไม่?

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อวันที่.....

5.2) หากท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข็มแรก ท่านมีผลข้างเคียงหรืออาการแพ้ใดใดหรือไม่?

- ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันแพ้วัดจีน โควิด-19
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพนวกิจเฉพาะโรค แบบส่วนบุคคล

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

- ☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่อยู่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ ไม่มีความประสงค์
☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูล (กรุณาให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ)

- ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันแพ้วักซิน โควิด-19

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพนวกิจเฉพาะโรค แบบส่วนบุคคล

“เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว”

(.....) (.....) (.....)
(ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์) (ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย) (ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม)

วันที่ เดือน พ.ศ.

☐ การประกันภัยโดยตรง

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้
ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865