

**ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันแพ้วัดชิน 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) เข็มแรกหรือไม่?

- ไม่เคย     เคย เมื่อวันที่.....

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

- ไม่มี     มี (โปรดระบุ) .....

### ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันแพ้วัดชิน 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 ใช้น 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 ใช้น และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

**ใบคำขอเอาประกัน แผนประกันแพ้วักจีน 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