

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอลงทะเบียนเพื่อเอาประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับบริษัทเมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

เลือกแผนความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> แผน 1 : 600 บาท ทุนประกันภัยสูงสุด 1,500,000 บาท <input type="checkbox"/> แผน 2 : 1,200 บาท ทุนประกันภัยสูงสุด 2,000,000 บาท		
1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง (รับประกันเฉพาะผู้มีสัญชาติไทย และมีถิ่นพำนักอาศัยในประเทศไทยเท่านั้น) วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี รับประกันภัยอายุระหว่าง 1-80 ปี (<i>ปี พ.ศ.ปัจจุบัน ลบด้วยปี พ.ศ.เกิด</i>) อาชีพ ลักษณะงานพอสังเขป (<i>อาชีพนักบิน พนักงานบนเรือหรือเครื่องบิน พนักงานท่าอากาศยาน บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลสามารถซื้อได้เฉพาะแผน 1 เท่านั้น</i>) <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อสะดวก เลขที่ อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		
2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ 1. ชื่อ/นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย..... 2. ชื่อ/นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....		
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่/...../..... เวลา น. สิ้นสุดวันที่/...../..... เวลา 24.00 น.		
4. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> บัตรเครดิต ธนาकार หมายเลขบัตรเครดิต - - - - - บัตรหมดอายุ / / <input type="checkbox"/> ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาकार สาขา บัญชีเลขที่ รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)		
ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่? (<i>สามารถ ใช้สิทธิ ในการลดหย่อนภาษีเงินได้เฉพาะกรณีเลือกแผน 2 เท่านั้น</i>) <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่สรรพากรกำหนด <input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และ สภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่บริษัท ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เมืองไทยประกันภัย (จำกัด) มหาชน ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม* ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทน วันที่ เดือน พ.ศ..... วันที่ เดือน พ.ศ..... วันที่ เดือน พ.ศ..... *ผู้แทน โดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 15 ปี		
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865		