

| <b>ใบคำขอเอาประกันภัย</b><br><b>กรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))</b><br><b>แผนคุ้มครองการฉีดวัคซีนโควิด</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย</b><br>ชื่อ-นามสกุล .....<br>วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ...../.....เชื้อชาติ / สัญชาติ ...../.....<br>เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....<br>ที่อยู่ที่ได้ติดต่อได้ .....<br>โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล.....<br>อาชีพ.....สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด.....<br>ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |
| <b>2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย:(30วัน) เริ่มต้นวันที่</b> ..... <b>เวลา</b> ..... <b>น. สิ้นสุดวันที่</b> ..... <b>เวลา</b> 24.00 น.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| <b>3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |
| ชื่อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) |
| <b>3.1 การเจ็บป่วยด้วยภาวะ โคม่า (Coma) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน หรือ ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน</b><br><b>เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100,000                     |
| <b>3.2 ค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน เท่านั้น อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียง</b><br><b>จากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อ ระยะเวลาเอา</b><br><b>ประกันภัย</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 30,000                      |
| <b>เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / โดส/ 30วัน</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>50</b>                   |
| <p><b>กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นระยะเวลา 60 วันนับจากวันที่ได้รับการฉีดวัคซีน โดยต้องเป็นวัคซีนที่ได้รับการรับรอง หรือการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Food and Drug Administration : FDA) และทำหัตถการโดยแพทย์ หรือพยาบาล ที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม</b></p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเบิกเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> |                             |

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการ  
ชั้นสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่า  
ทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย .....  
( ..... )  
วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย .....

- ☐ การประกันภัยโดยตรง  
☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็น  
โมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865