

<b>ใบคำขอเอาประกันภัย</b>		
<b>กรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) Plan A</b>		
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 (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)		
ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	
	แผน 3A	แผน 4A
3.1 การเจ็บป่วยในภาวะโคม่าจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)	500,000	1,000,000
3.2 การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า (Coma) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)		
3.3 ค่ารักษาพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อปี หรือ การรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน (IPD เท่านั้น) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ต่อปี	50,000	100,000
3.4 ค่าใช้จ่ายในการตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบุคคลในครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้เอาประกันภัย สูงสุด 3 คน (ต่อปี) จ่ายตามจริงไม่เกิน	10,000	10,000
<b>เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / ปี</b>	<input type="checkbox"/> <b>450</b>	<input type="checkbox"/> <b>850</b>
<p><b>แผนประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ภายในระยะเวลา 14 วัน (Waiting Period) นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก</b></p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเบิกเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์</p> <p>ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>		

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของ สัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย .....

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย..... บริษัท เกทสมาร์ท อินชัวร์ซึ่ โบรคเกอร์ จำกัด ๖๐๐258/2531  
ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

<b>ใบคำขอเอาประกันภัย</b>		
<b>กรมธรรม์ประกันภัยส่วนบุคคลคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) แผน C</b>		
1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย		
ชื่อ-นามสกุล .....		
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง ...../.....เชื้อชาติ / สัญชาติ ...../.....		
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....		
ที่อยู่ติดต่อได้ .....		
โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล.....		
อาชีพ.....สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด.....		
ผู้รับประกันภัย.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....		
2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.		
3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (โปรดเลือกแผนความคุ้มครอง)		
ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	
	แผน 3-C	แผน 4-C
3.1 การเจ็บป่วยในภาวะโคม่าจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV))		
3.2 การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า (Coma) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**	500,000	1,000,000
3.3 การชดเชยรายได้รายวันระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) สูงสุด 20 วันต่อปี หรือ การชดเชยรายได้รายวันระหว่างการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยใน (IPD เท่านั้น) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สูงสุด 20 วันต่อปี	2,500 ต่อวัน	5,000 ต่อวัน
4. ค่าใช้จ่ายในการตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบุคคลในครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้เอาประกันภัย สูงสุด 3 คน (ต่อปี) จ่ายตามจริงไม่เกิน	10,000	10,000
<b>เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) / คน / ปี</b>	<input type="checkbox"/> <b>450</b>	<input type="checkbox"/> <b>850</b>
<b>แผนประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus (2019-nCoV)) ภายในระยะเวลา 14 วัน (Waiting Period) นับจากวันที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับครั้งแรก</b>		

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตาม กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_

ไม่มีความประสงค์

ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการ กำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอา ประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญา ประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกกล่าว สัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชั้นสูตร พลังงานในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่า พดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย .....

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย..... บริษัท เกียรติสมาร์ท อินชัวร์นซ์ โบรคเกอร์ จำกัด, ใบอนุญาตเลขที่ ๖๐๐๒๕๘/๒๕๖๓

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็น โมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865