ASIA INSURANCE
"INSURED IN YOUR HANDS"

ใบคำขอเอาประกันภัย (Application)
กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1. รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

คำนำหน้าชื่อ (Title) ○ นาย (Mr.) ○ นาง (Mrs.) ○ นางสาว (Ms.) ○ อื่นๆ (โปรดระบุ) Other (Please specify) ……..

ชื่อ (Given Name) …….. นามสกุล (Family Name)…….…….....

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address) …..…….....……

เบอร์โทรศัพท์ (Tel. No.)…….....……..……....

○ บัตรประชาชน (ID Card) ○ หนังสือเดินทาง (Passport) เลขที่ (No.) ……...….....…....

วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of Birth Date/Month/Year) …DD…/…MM…/…YYYY…. อายุ (Age) .....ปี (Year)

ผู้รับประโยชน์ (Beneficially) ○ Statutory Heir ○ อื่นๆ (โปรดระบุ) Other (Please specify below)

ชื่อ (Given Name)…….....…นามสกุล (Family Name)…….....……

ความสัมพันธ์ (Relation) ...……..…...…

2. ระยะเวลาประกันภัย (Insured Period) : เริ่มต้นวันที่ (Effective Date) …DD…/…MM…/…YYYY…. เวลา (TIme)……น.

สิ้นสุดวันที่ (Expiration Date) …DD…/…MM…/…YYYY…. เวลา (TIme) 24.00 น.

3. ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อแผน (Selected Insurance Plan) .....COVID500.....

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (Coverage / Extension)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum-Insured (THB)
1.ค่าชดเชยรายวันอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Hospital Inpatient Benefits due to COVID-19)	50,000 (วันละ 1,000 บาท สูงสุดไม่เกิน 50 วัน) 50,000 (1,000 THB/Day Maximum 50 days)
2.การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่าที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) (Comatosenes due to COVID-19)	500,000
3.การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) (Infection due to COVID-19)	50,000
เบี้ยประกันภัยรวม (บาท) Total Premium (THB)	500

ประสงค์จะชำระเบี้ยประกันภัยแบบ ☐ ราย 1 เดือน ☐ รายปี

4. ประวัติทางการแพทย์ของผู้ขอเอาประกันภัย (Medical Record of The Applicant)
   1. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือการประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

Have you ever been refused on applying the life or health or any insurance which are cover the Corona virus (COVID-19) infection ever been refused for an insurance renew or ever been extra charge for an insurance premium either change the insured condition?

○ ไม่เคย/ ไม่มี (No/Never) ○ เคย/มี Yes/Ever โปรดระบุ (Please specify) ……..

2. ท่านได้มีการเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 14 วันก่อนหน้านี้หรือไม่?

Have you been travel oversea within these recent 14 days?

○ ไม่เคย/ ไม่มี (No/Never) ○ เคย/มี Yes/Ever โปรดระบุประเทศ (Please specify the country) ……

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

I desire to apply an insurance with The Company under the terms and condition of an insurance policy which The Company uses for this insurance. I'm giving my guarantee that above details are correct and complete. I accept to use this insurance application as a fundamental of an insurance contract.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลของข้าพเจ้า และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I hereby give my consent The Company to collect, use and disclose information pertaining to my health and any other information to the Office of Insurance Commission (OIC) for the purpose of regulating the insurance industry.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

This document is not an insurance contract. The policy will be covered upon confirmation by The Company.

วันที่ (Date) …DD…/…MM…/…YYYY….

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(Applicant's Signatory)

……..……..…..
( )

☐ การประกันภัยโดยตรง (Direct) ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker) ใบอนุญาตเลขที่ (License No.)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
(Office of Insurance Commission's Warning)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

The applicant must truly answer all the question. If the applicant conceals the truth or declare an untruth, this will effect this insurance contract fall become vain and The Company has a full right to void the insurance contract virtue the Civil Law code section 865