



**บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Jaymart Insurance Public Company Limited**

100/100 อาคารว่องวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์: +66 2 099 0555 www.jaymartinsurance.co.th  
ทะเบียนเลขที่: 0107556000060 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107556000060

**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยใช้เลือดออก 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**

| ข้อตกลงคุ้มครอง   | จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)  |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
|   | แผน 1                        | แผน 2                        |
| 1.การรักษาพยาบาลเฉพาะโรค กรณีผู้ป่วยใน (IPD)(ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย)  | 10,000                       | 30,000                       |
| 2.เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (สูงสุดไม่เกิน 30 วันต่อการพักรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งใดครั้งหนึ่ง) | 1,000 บาท/วัน                | 1,500 บาท/วัน                |
| เบี้ยประกันภัยรวมอากร   | <input type="checkbox"/> 100 | <input type="checkbox"/> 300 |

การชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายปี ☐ ราย...เดือน

**วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย**

- ☐ เงินสด
- ☐ ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร ..... หมายเลขบัตรเครดิต ..... บัตรหมดอายุ .....
- ☐ ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ..... สาขา ..... บัญชีเลขที่ .....

**คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย**

1) ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

- ☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท



**บริษัท เจมาร์ค ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Jaymart Insurance Public Company Limited**

100/100 อาคารวอชิงตัน คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์: +66 2 099 0555 www.jaymartinsurance.co.th  
ทะเบียนเลขที่: 0107556000060 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 0107556000060

2) ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

3) ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ) .....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

- ☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้  
☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่อยู่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอคืนภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ ไม่มีความประสงค์  
☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์

วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย .....

☐ การประกันภัยโดยตรง

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865