

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล Acci's Smart Plus

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)

1. ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอประกันภัย

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี
เลขประจำตัวประชาชน _____ ที่อยู่ปัจจุบัน _____ โทรศัพท์ _____

อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อเดือน _____ บาท

ชื่อสถานที่ทำงาน _____ (กรุณาระบุตำแหน่งที่ทำงาน+รับรองสำเนาถูกต้องด้วยทุกครั้ง)

ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย _____ โทรศัพท์ _____

2. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)	
บริษัทอื่นๆ ระบุ.....	

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : ☐ แผน 1 ทุนประกันภัย 200,000 บาท ☐ แผน 1 (บุตร) ทุนประกันภัย 100,000 บาท
☐ แผน 2 ทุนประกันภัย 500,000 บาท ☐ แผน 2 (บุตร) ทุนประกันภัย 250,000 บาท
☐ แผน 3* ทุนประกันภัย 1,000,000 บาท ☐ แผน 3 (บุตร) ทุนประกันภัย 500,000 บาท

*สำหรับผู้ซื้อความคุ้มครองในแผน 3 กรุณากรอกรายละเอียดในแบบรายการแสดงตน และแนบมาด้วยทุกครั้ง

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 16.30 น.

คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนั้นเป็นจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบ และเชื่อ และตกลงใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณารับประกันภัยนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดีทุกประการ ไม่เป็น เคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเรียม โรคหลอดเลือดสมอง(เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายที่พิการหรือทุพพลภาพ ข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV หรือมีภาวะผิดปกติของร่างกายมาก่อน หรือมีโรคร้ายแรงดังระบุข้างต้น บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) มีสิทธิจะไม่รับประกันภัยข้าพเจ้า และบอกกล่าวสัญญาประกันภัยได้

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล คลินิก หรือบุคคลใดๆ ซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า สามารถเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการ และสำเนารายงานการรักษา รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อดำเนินการพิจารณาสินไหมได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

วันที่.....

ลงชื่อผู้ขอประกันภัย

()

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้