## ใบคำงอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองอุบัติเหตุและการเว็บป่วยด้วยโรคเฉพาะ

<b>1. รายละเอียดผู้งอเอาประกันภัย</b> : เรื่อ-นามสกุล					
วัน/เดือน/ปีเกิด					
เลงที่บัตรประจำตัวประชาชน	•				
ที่อยู่ที่ติดต่อได้	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
โทรศัพท์					
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		-IJ INADWI	วชาเดติงอเอาดระบดภาธา	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
<b>2. ระยะเวลางอเอาประกันภัย</b> : เริ่มต้นวันที่			บ สิ้นสด/เ	nan 1630	
3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อคว			•		บาท
ง้อตกล <u>งคุ้มครอง / เอกสาร</u> แ				ำนวนเมินเอาประกันภัย (บาท)	
ของเกตวะกุมกรอง / เอกตารแ	шопто	+			
ผู้งอเอาประกันภัยประสมค์าะเลือกรับกรมธรรม์ประกัน	ภัยทางช่องทางใด :				
☐ รับเป็น e policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ ☐ รับเป็นเอกสารส่งไปทางไปรษณีย์					
Solodionalscalorialosotas					
วิธีการที่กรมสรรพากรทำหนด และหากผู้งอเอาปร กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลงประจำตัวเ ไม่มีความประสมค์ ง้าพเจ้างอรับรองว่าคำแถลงตามรายการง้างต้นเป็นความ ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ง้อเท็จจริงเกี่ย ธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุ	มู้เสียภาษีที่ได้รับจาก จริมทุกประการ และให้ มวกับสุงภาพและง้อเ	ากรมสรรง รักือเป็นส่ว	งากร เลงที่ 	<del>ใ</del> ญญาประกันภัยระหว่ามง้าพเจ้ากับบริษั	n และข้าพเจ้า
เอ	กสารนี้ไม่ใช่สัญญาเ	Jsะกันภัย	ท่านาะได้	รับความคุ้มครอมเมื่อได้รับการยืนยันจา	กบริษัทแล้ว
			(	aายมือเรื่อผู้vอเอาประกันภัย	)
			••••	วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย	
<ul><li>☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภั</li><li>คำเตือนของสำนักงานคณะก</li></ul>					

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การปกปิคข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันกัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันกัย และ/หรือใช้สิทธิ์ บอกล้างสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

QD-UDW-097 PI-001/2 Rev: 00 Effective 22.07.20