



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

100/100 อาคารวอชิงตัน 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)

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับการคุ้มครองประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

- ☐ 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