

ใบคำขอเอาประกันภัย (แบบที่ 1 สำหรับแผนประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองเฉพาะอุบัติเหตุ)  
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ ยูนิเวอร์ส

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_

## รายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

สัญชาติ \_\_\_\_\_ วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

## คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

 ไม่มี  มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรค ร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

## รายละเอียดข้อมูลของบุคคลในครอบครัวที่ขอรับความคุ้มครองเพิ่ม (ถ้ามี)

คนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

สัญชาติ \_\_\_\_\_ วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

## คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

 ไม่มี  มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรค ร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

คนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

สัญชาติ \_\_\_\_\_ วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

**คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ**

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครองหรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

 ไม่มี  มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคภัยร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

คนที่ 3 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

สัญชาติ \_\_\_\_\_ วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_

ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

**คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ**

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครองหรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

 ไม่มี  มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคภัยร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

คนที่ 4 ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขที่หนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_

สัญชาติ \_\_\_\_\_ วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เพศ \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ ก.ก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม.

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

อีเมล \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_

ลักษณะงาน \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยและร้อยละของจำนวนเงินเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

**คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ**

ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครองหรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครองหรือข้อยกเว้นเพิ่มเติม

 ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการหรือไม่

 ไม่มี  มี (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาหรือเคยปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโรคดังนี้ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเอดส์ โรค SLE โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งและเนื้องอก โรคเกี่ยวกับสมองและประสาท โรคจิต โรคปอด โรคตับอักเสบชนิด B และ C โรคตับแข็ง โรคไตวาย โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระดูกเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรค ร้ายแรงอื่นๆ หรือโรคเรื้อรังใดๆ (เช่น พิษไทรอยด์ วัณโรคปอด โลหิตเป็นพิษ ลูคีเมีย โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น) หรือไม่

ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียด) \_\_\_\_\_

**รายละเอียดการประกันภัย**

1. ระยะเวลาของประกันภัย: วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้น \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น. (กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุโดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขวันสิ้นสุดการเอาประกันภัยตามที่กำหนดไว้ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)

2. ความคุ้มครองที่เลือก: แผนประกันภัย \_\_\_\_\_

3. การชำระเบี้ยประกันภัย: แบบ  รายปี  รายเดือน \_\_\_\_\_ เดือน

3.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ \_\_\_\_\_ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

3.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ผ่านบัตรเครดิต/เดบิต หมายเลข (กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายขายของบริษัท ชับบ์ สามัคคีประกันภัย) บัตรหมดอายุ \_\_\_\_\_

อื่นๆ \_\_\_\_\_

3.3 ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย \_\_\_\_\_

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้น และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงทำสัญญาประกันภัยกับบริษัท โดยให้อายุสัญญาประกันภัยต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ และยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยจากบัตรเครดิต/เดบิต หรือวิธีการอื่นๆ ของผู้ขอเอาประกันภัยตามรายละเอียดข้างต้น จนกว่าจะมีการบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยจะขอใช้สิทธิขอกู้เงินภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_

ไม่มีความประสงค์

( \_\_\_\_\_ )  
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

( \_\_\_\_\_ )  
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)  
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย  โบราณฤตเลขที่ \_\_\_\_\_