TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

Tokio Marine Safety Insurance (Thailand) PCL.
Orakarn Building, 1st,2nd,4th and 6th floors, No. 26/5-8, 26/10-11, 26/16-19,
Chidlom Road, Khwaeng Lumpini, Khet Pathumwan, Bangkok 10330
Tel. 0-2257-8000 Fax. 0-2253-3701, 0-2253-4222
Claims Services Tel. 0-2257-8080 Fax. 0-2655-0143

บมจ. คุ้มภัยโตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย)
อาคารอรกานต์ ชั้นที่ 1,2,4 และ 6 เลขที่ 26/5-8, 26/10-11, 26/16-19
ถนนชิดลม แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสินเชื่อ Smile Protection

1. รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย
ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ....
ที่อยู่ : ....เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร...
☐บัตรประจำตัวประชาชน ☐บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ ....
☐หนังสือจดทะเบียนบริษัท เลขที่ ....

2. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)
ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว...
☐บัตรประจำตัวประชาชน ☐บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ ....
วัน/เดือน/ปีเกิด .... น้ำหนัก/ส่วนสูง .... กก /......... ซม. เชื้อชาติ / สัญชาติ ..../.....................
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ....หมู่ที่....... ตรอก/ซอย.............................. ถนน.......................ตำบล/แขวง...............................
อำเภอ/เขต..........................จังหวัด.......................... รหัสไปรษณีย์............................. โทรศัพท์...................................
สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ .... โทรศัพท์ ....

3. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ : 2.1 ชื่อสถาบันการเงิน.. (ตามภาระผูกพัน) 2.2	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : 2.1 ผู้ให้กู้ 2.2 ....
4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เท่ากับวงเงินกู้) .... บาท	ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี

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

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว ใช่หรือไม่
☐ ใช่ โปรดระบุ .... ☐ ไม่ใช่

7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่
☐ ใช่ โปรดระบุ .... ☐ ไม่ใช่

8. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคถุงลมโป่งพองในปอด วัณโรค โรคไตเรื้อรัง หรือไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งทุกชนิด โรคตับแข็ง หรือตับอักเสบจากเชื้อไวรัส B,C โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV หรือโรคร้ายแรงอื่นใดหรือมีโรคประจำตัว ใช่หรือไม่
☐ ใช่ โปรดระบุ .... ☐ ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่
☐ ใช่ โปรดระบุ .... ☐ ไม่ใช่

10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่
☐ ใช่ โปรดระบุ .... ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท คุ้มภัยโตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย ....
( )
วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย...

☐ การประกันภัยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ .... ☐ ใบอนุญาตเลขที่.....................

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865