

☐ LP _Pickup/MU-X☐ LP _All CV☐ LP Refinance☐ LP Special☐ LP Plus _Pickup/MU-X☐ LP Plus _All CV☐ LP Plus _Refinance☐ LP Plus _Special

ใบคำขอเอาประกันภัย กรรมธรรม์ประกันภัยสินเชื่อเพื่อการเช่าซื้อ

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่

วัน/เดือน/ปีเกิด น้าหนัก/ส่วนสูง กก / ซม. เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์

2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประกันภัย :

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

2.1 บริษัท ตรีเพชรอิซูซูลิสซิ่ง จำกัด ตามภาระผูกพัน

2.1 ผู้ให้กู้

2.2

2.2

3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เท่ากับวงเงินกู้)

ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี เดือน

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (วัน/เดือน/ปี) : เริ่มต้นคุ้มครองวันที่ (วันที่รับรถ).....เวลา.....น.

วันผ่อนชำระงวดแรกวันที่.....

สิ้นสุดวันผ่อนชำระงวดสุดท้ายวันที่.....เวลา 16.30 น.

กรณีท่านมีประวัติทางการแพทย์ว่ากำลังป่วย หรือเคยป่วยเป็นโรค หรือภาวะต่างๆ ข้างล่างนี้ บริษัทฯ ไม่สามารถรับประกันภัยท่านภายใต้แผนประกันภัยนี้ได้ ดังนั้นท่านจึงไม่ต้องลงนามและชำระค่าเบี้ยประกันภัย

ประวัติทางการแพทย์

ท่านเคยเป็น หรือมีอาการที่รับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ หรือเคยได้รับเชื้อเกี่ยวกับโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคถุงลมโป่งพองในปอด วัณโรค โรคไตเรื้อรัง หรือ ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจหรือหลอดเลือดหัวใจ โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับแข็ง หรือ ดับอักเสบจากเชื้อไวรัส B, C โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV

และภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา ข้าพเจ้าเคยมีอาการอ่อนเพลียและน้ำหนักลดลงเกินกว่า 5 กิโลกรัม หรือ ท้องร่วงเกินกว่า 1 สัปดาห์ติดต่อกัน หรือมีต่อมน้ำเหลืองบวมโต หรือโรคผิวหนังเรื้อรังหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นทั้งหมดนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อและตกลงใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณารับประกันภัยนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดีทุกประการ **ไม่มีส่วนใดของร่างกายที่พิการหรือ ทูพผลภาพ และไม่เคยได้รับการตรวจรักษาหรือได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าเป็นโรคร้ายแรงหรือมีภาวะความผิดปกติของร่างกายที่ร้ายแรงมาก่อน** ข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV หรือมีภาวะผิดปกติของร่างกาย หรือมีโรคร้ายแรงดังระบุข้างต้น บมจ. คัมภีร์ประกันภัยมารินประกันภัย (ประเทศไทย) มีสิทธิจะไม่รับประกันภัยข้าพเจ้า และบอกกล่าวสัญญา ประกันภัยได้

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล คลินิก หรือบุคคลใดๆ ซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า สามารถเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการ และสำเนารายงานการรักษา รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ ไวรัส HIV ให้แก่ บริษัทประกันภัยหรือผู้แทนของบริษัทเพื่อดำเนินการพิจารณาสินไหมได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูล ของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เบี้ยประกันภัย (รวมภาษีอากร)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....

☐ ตัวแทน

☐ นายหน้าประกันภัยนี้บริษัท ตรีเพชรอินชัวร์รันส์เซอร์วิส จำกัด..... ☐ ใบอนุญาตเลขที่.....ว 00011/2552

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทฯมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

หมายเหตุ: ข้อกำหนดและคุณสมบัติของผู้เอาประกันภัยเป็นไปตามรายละเอียดตามเอกสารด้านหลัง

เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของบริษัท คัมภีร์ประกันภัยมารินประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ห้ามมิให้ผู้ใดทำซ้ำ ดัดแปลง หรือ เผยแพร่โดยมิได้รับอนุญาต



ข้อกำหนดและคุณสมบัติ ของผู้เอาประกันภัย

- อายุระหว่าง 18-65 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ก่อนสัญญาเข้าชื่อหมดอายุ**
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังต่อไปนี้**
 - อาชีพแข่งรถ หรือเรือ หรือการแข่งขันความเร็วทุกประเภท ยกเว้นโดยทางเท้า
 - ลูกเรือ หรือคนงานซึ่งทำงานบนเรือทุกประเภท นักดำน้ำ หรือบุคคลที่ต้องทำงานใต้น้ำ หรือบนน้ำ หรือทะเล (เฉพาะขณะปฏิบัติหน้าที่เท่านั้น)
 - บุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานนอกชายฝั่ง หรือ งานใต้น้ำ
 - พนักงานดับเพลิง ตำรวจดับเพลิง อาสาสมัครดับเพลิง
 - คนงานเหมืองแร่ คนงานเหมืองหิน คนงานระเบิดหิน หรือในลักษณะเดียวกัน
- จำนวนเงินเอาประกันภัยไม่เกินกว่า 10,000,000 บาท
- ระยะเวลาเอาประกันภัยไม่เกินกว่า 8 ปี
- ไม่เคยถูกปฏิเสธ การขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง
- ไม่เคยได้รับการรักษา หรือ ไม่เคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรค ถุงลมโป่งพองในปอด วัณโรค โรคไตเรื้อรัง หรือไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจหรือหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับแข็ง หรือติดอีกเสบจากเชื้อไวรัส B, C ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV**
- ไม่มี อวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีความบกพร่องทางจิต
- ไม่เคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือไม่เคยเข้ารับการรักษากับยาเสพติดให้โทษ