

แผนประกันภัย พักภัยการศึกษา / Tuition Fee Protection Insurance

| ทุนประกันภัย บาท | | เบี้ยประกันภัย (รวมภาษีอากร) บาท | | | | | |
|---------------------|-----------|--|-------|--------|--------|--------|--------|
| | | จำนวนปีการศึกษา* (ระยะเวลาจนกว่าจะจบการศึกษาในแต่ละช่วงระบบการศึกษา) | | | | | |
| | | 1 ปี | 2 ปี | 3 ปี | 4 ปี | 5 ปี | 6 ปี |
| 1 | 100,000 | 488 | 939 | 1,379 | 1,804 | 2,220 | 2,620 |
| 2 | 200,000 | 976 | 1,874 | 2,754 | 3,603 | 4,434 | 5,234 |
| 3 | 300,000 | 1,466 | 2,816 | 4,135 | 5,412 | 6,657 | 7,860 |
| 4 | 400,000 | 1,955 | 3,753 | 5,513 | 7,215 | 8,877 | 10,480 |
| 5 | 500,000 | 2,446 | 4,695 | 6,895 | 9,022 | 11,101 | 13,105 |
| 6 | 600,000 | 2,932 | 5,631 | 8,271 | 10,823 | 13,315 | 15,720 |
| 7 | 700,000 | 3,421 | 6,569 | 9,649 | 12,627 | 15,534 | 18,340 |
| 8 | 800,000 | 3,911 | 7,510 | 11,031 | 14,433 | 17,758 | 20,966 |
| 9 | 900,000 | 4,399 | 8,446 | 12,406 | 16,234 | 19,972 | 23,579 |
| 10 | 1,000,000 | 4,888 | 9,384 | 13,784 | 18,038 | 22,191 | 26,200 |

ทุนประกันภัย คือ เงินค่าบำรุงการศึกษา ค่าลงทะเบียนรายวิชา ค่าธรรมเนียมการศึกษาใดๆ ที่สถานศึกษาเรียกเก็บผลประโยชน์ รวมทั้งเงินอื่นใด เช่น ค่าหนังสือ, ค่า Uniform, ค่ารถตู้, ค่าทัศนศึกษา, ค่า Summer ฯลฯ ที่สถานศึกษากำหนดให้เป็นเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษา

เงื่อนไขการรับประกันภัย

- ผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลซึ่งให้การศึกษาแก่นักเรียนหรือนักศึกษา (อายุระหว่าง 20 - 65 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ทำประกันภัย)
- ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติ พิการ บกพร่อง หรือทุพพลภาพ
- อาชีพที่ยกเว้น เช่น พนักงานส่งเอกสาร พนักงานส่งของ พนักงานเก็บเงิน จักรยานยนต์รับจ้าง คนขับรถรับจ้าง คนงานก่อสร้าง กรรมกร ชาวประมง พนักงานดับเพลิง เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ช่างต่างๆ (เช่น ช่างปูน ช่างไม้ ช่างซ่อมไฟฟ้า ช่างประปา ช่างซ่อมรถยนต์) พนักงานต้อนรับบนรถ เรือ หรือเครื่องบิน หรือผู้ที่มีลักษณะงานในที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง เป็นต้น
- ผู้เอาประกันภัยต้องมีถิ่นฐานในประเทศไทยเป็นสำคัญ
- สามารถซื้อความคุ้มครองทั้งบิดาและมารดาเพื่อคุ้มครองบุตรคนเดียวกันได้ โดยทำการชำระเบี้ยประกันภัยเพิ่มในจำนวนเดียวกัน
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัย เปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ และ เงื่อนไขต่างๆ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า
- ข้อความในแผนพับนี้เป็นเพียงข้อสรุปผลประโยชน์และความคุ้มครองที่เป็นสาระสำคัญเท่านั้น รายละเอียดทั้งหมดจะเป็นไปตามข้อกำหนดและเงื่อนไขในกรมธรรม์

เอกสารประกอบการทำประกันภัย

- ใบคำขอเอาประกันภัย
- สำเนาบัตรประชาชน(ผู้ให้การศึกษา)
- เอกสารแสดงค่าธรรมเนียมการศึกษา (ถ้ามี)

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัย พิทักษ์การศึกษา

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทฯ ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิ บอกล้างสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย (ผู้ให้การศึกษา) :

ชื่อ - นามสกุล
เลขที่บัตรประชาชน
เลขที่หนังสือเดินทาง
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า เพศ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
ส่วนสูง..... เซนติเมตร น้ำหนัก..... กิโลกรัม เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
อาชีพประจำ..... ตำแหน่ง..... บริษัท.....
ความสัมพันธ์เป็น..... (เช่น บิดา มารดา ญาติสนิท หรือบุคคลอื่นซึ่งรับนักเรียนไว้ในความอุปการะเลี้ยงดู หรือซึ่งนักเรียนอาศัยอยู่ด้วย)

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย (ผู้รับการศึกษา) :

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน/นักศึกษา).....
หลักสูตรการศึกษา..... มีนค่าธรรมเนียการศึกษา.....
ผู้รับผลประโยชน์ (ชื่อสถานศึกษา)
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

ถ้อยแถลงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เอาประกันภัย :

1. ปีล่าสุดท่านได้มีการทำประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือประกันภัยโรคร้ายแรงหรือกำลังสมัครขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือกับบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดแจ้งรายละเอียดชื่อบริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
2. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านทราบว่าเป็นหรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาโรคหรืออาการต่อไปนี้ วันโรค โรคปอด โลหิตจาง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคลมชัก ลมบ้าหมู ภาวะผิดปกติของจิตใจ ระบบประสาทหรือโรคมานสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง ไช้ข้อ กระดูกหรือกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ริดสีดวงทวารหนักอักเสบเรื้อรัง โรคต่อมไทรอยด์ ปัสสาวะมีเลือดปน โรคไต ภูมิแพ้ โรคใดๆเกี่ยวกับตับหรือตับอักเสบจากไวรัส มะเร็ง เนื้องอก โรคธาลัสซีเมีย โรคโลหิตเป็นพิษ ไข้รูห์มาติก โรคภูมิแพ้ตัวเอง โรคภายในสตรี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ ความผิดปกติของร่างกาย หรือพิการตั้งแต่กำเนิด/จากอุบัติเหตุ โรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรคร้ายแรง เรื้อรังใดๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....
3. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมาน้ำเหลืองไหล เหงื่อออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผดผื่นคัน ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ ซึ่งเป็นติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....
4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ไม่สูบ สูบ วันละ..... มวน สูบเป็นเวลานานติดต่อกัน..... ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองถ้อยแถลงต่างๆ ข้างต้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อว่าเป็นเช่นนั้น และมีได้ละเลยข้อมูลรายละเอียดและข้อความจริงใดๆ และยอมรับว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้เอาประกันภัยกับบริษัท และทำให้คิดว่ากรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทแล้วเท่านั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เรียนสอบข้อมูลหรือบันทึกการรักษาจากแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือโรงพยาบาลเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาการขอเอาประกันภัยหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนใดๆ

.....
(..... ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย)
วันที่...../...../.....

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่