บริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

CHUBB Chubb Life

ศรีกรุง ประกันชีวิตโบรคเกอร์

CHUBB Chubb Life

ผลิตภัณฑ์ประกันชีวิต
ผ่านช่องทางออนไลน์ (Chubb Studio)

คุณนงนุช สายสมบัติ

(หัวหน้าทีมฝึกอบรม ฝ่ายพันธมิตรธุรกิจ)

WEDNESDAY 26

วันพุธ 26 กรกฎาคม 2566
เวลา 13.30 - 15.00น.

zoom

ผ่านโปรแกรมZOOM

@SrikrungLife | @SKLifeBroker | Lifesupport@srikrungbroker.co.th | 02 026 3867

หัวข้อวันนี้

- การประกันชีวิตออนไลน์ : Chubb Studio
- แผนประกันภัย ความคุ้มครอง และข้อยกเว้น
    1. ประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา 5/5, 10/10
    2. สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน
    3. สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค
- ขั้นตอนการซื้อประกันชีวิตชับบ์ออนไลน์
- การพิจารณารับประกันภัย Chubb Studio
- ทดลองซื้อประกันชีวิตชับบ์ออนไลน์
- Q : A

ผลิตภัณฑ์ประกันชีวิตทางออนไลน์ Chubb Studio

สัญญาประกันชีวิต

Term 5/5

แบบชั่วระยะเวลา 5/5

Term 10/10

แบบชั่วระยะเวลา 10/10

+

สัญญาเพิ่มเติม

HBF

ชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายวัน

DD10

การประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค

จะซื้อทั้งสองแบบ หรือซื้อแบบใดแบบหนึ่งก็ได้

จุดเด่นของประกันชีวิตทางออนไลน์ Chubb Studio

- ☑ ให้ความคุ้มครองชีวิต ทั้งจากสุขภาพและอุบัติเหตุ
- ☑ เพิ่มสวัสดิการด้านสุขภาพ ด้วยความคุ้มครองโรคร้ายแรงและเงินชดเชยรายได้
- ☑ ค่าเบี้ยไม่แพง เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ
- ☑ ได้รับความสะดวกจากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
- ☑ ซื้อง่าย (ทางออนไลน์)
- ☑ ไม่ตรวจสุขภาพ เพียงตอบคำถามสุขภาพสั้น ๆ
- ☑ ได้รับความคุ้มครองรวดเร็ว

กลุ่มลูกค้าเป้าหมายทางออนไลน์ Chubb Studio

อาชีพ	พนักงานบริษัท ผู้บริหาร เจ้าของธุรกิจ
อายุ	20 – 60 ปี
รายได้/เดือน	15,000 บาทขึ้นไป

- ✓ คนโสด / คนแต่งงาน ทั้งมีบุตรและไม่มีบุตร
- ✓ คนทำงานที่มีเงินเดือนประจำ / อาชีพอิสระ / เจ้าของธุรกิจ
- ✓ ผู้ที่ต้องการสร้างหลักประกันให้ตนเองและครอบครัว
- ✓ ผู้ที่ต้องการคุ้มครองโรคร้ายแรง
- ✓ ผู้ที่ต้องการเงินชดเชยรายได้ตอนเข้าโรงพยาบาล
- ✓ ผู้ที่ยังมีภาระหนี้สิน
- ✓ ผู้ที่ต้องการความรวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก ไม่ตรวจสุขภาพ

แผนประกันภัยและผลประโยชน์ Chubb Studio

ความคุ้มครอง	ผลประโยชน์ความคุ้มครอง		
	เบสิก (แผน 1)	เอ็กซ์ตร้า (แผน 2)	อัลตร้า (แผน 3)
ประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา 5/5 ประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา 10/10	100,000 บาท	100,000 บาท	100,000 บาท
สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (HBF)	500 บาท (ต่อวัน)	1,000 บาท (ต่อวัน)	1,500 บาท (ต่อวัน)
สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค (DD10)	200,000 บาท	500,000 บาท	1,000,000 บาท

อายุที่รับประกัน

แบบประกัน	อายุรับประกัน
สัญญาประกันชีวิต 1. ประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา 5/5 2. ประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา 10/10	20 - 60 ปี
สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (HBF)	20 - 60 ปี ต่ออายุได้ถึงอายุ 69 ปี
สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค (DD10)	20 - 60 ปี ต่ออายุได้ถึงอายุ 64 ปี

1. สัญญาประกันชีวิตหลัก

ประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา 5/5

ประกันชีวิตแบบชั่วระยะเวลา 10/10

- คุ้มครองการ**เสียชีวิต**จากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ ภายในระยะเวลาเอาประกันภัย
- ด้วยจำนวนเงินเอาประกันภัย **100,000** บาท

ข้อยกเว้นความคุ้มครองสัญญาประกันชีวิตหลัก แบบชั่วระยะเวลา

1. กรณีไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทจะบอกล้างสัญญาภายใน 2 ปี นับจากวันทำสัญญา หรือวันต่ออายุสัญญาครั้งสุดท้าย
2. ฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี นับจากวันทำสัญญา หรือวันต่ออายุสัญญาครั้งสุดท้าย
3. ถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา

2. สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (HBF)

เมื่อผู้เอาประกันภัยเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จนเป็นเหตุให้ต้องเข้า**รักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน**ของโรงพยาบาล เมื่อบริษัทได้รับและเห็นชอบในหลักฐานแล้ว บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์**ค่ารักษาพยาบาลรายวัน**เท่ากับจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติมนี้ ตามที่ระบุไว้ในตารางกรมธรรม์ โดยจะจ่ายให้ตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตามความจำเป็นทางการแพทย์ แต่**ไม่เกิน 365 วัน** ต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง

	แผนเบสิก	แผนเอ็กซ์ตร้า	แผนอัลตร้า
ชดเชยรายวัน สำหรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ตามความจำเป็นทางการแพทย์	500 บาท	1,000 บาท	1,500 บาท

หมายเหตุ: สัญญาเพิ่มเติมนี้ มีระยะเวลารอคอย 30 วัน

สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (HBF)

กรณีผู้ป่วยในที่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Day case)

บริษัทจะจ่ายค่าชดเชยรายวัน จำนวน 1 วัน ให้กับผู้เอาประกันภัยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่เกิดขึ้นโดยการผ่าตัดหรือหัตถการ ดังต่อไปนี้

1. การสลายนิ่ว	7. การเจาะไขกระดูก	13. การตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูก
2. การเจาะตับ	8. การเจาะช่องเยื่อหุ้มปอด	14. การเจาะช่องเยื่อบุช่องท้อง
3. การผ่าตัดต้อกระจก	9. การผ่าตัด หรือเจาะไซนัส	15. การผ่าตัดโดยส่องกล้องทุกชนิด
4. การขูดมดลูก	10. การตัดนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า	16. การตรวจโดยส่องกล้องทุกชนิด
5. การตัดก้อนเนื้อที่เต้านม	11. การตรวจเส้นเลือดหัวใจโดยการฉีดสี	17. การรักษา Bartholin’s Cyst
6. การตัดชิ้นเนื้อจากกระดูก	12. การเจาะช่องเยื่อหุ้มไขสันหลัง	18. การรักษาโรคด้วยรังสีแกมม่า

ข้อยกเว้นความคุ้มครอง สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (HBF)

1. โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่ยังมิได้รักษาให้หายก่อนวันทำสัญญาประกันภัย การตรวจรักษาภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือปัญหาด้านพัฒนาการ หรือโรคทางพันธุกรรม
2. การฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตนเอง หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำ ไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้เอาประกันภัย กิน ดื่ม หรือฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง
3. สงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงคราม ไม่ว่าจะได้มีการประกาศสงครามหรือไม่ก็ตาม สงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจราจล การนัดหยุดงาน การก่อความวุ่นวาย การปฏิวัติ การรัฐประหาร การประกาศกฎอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใดๆ ซึ่งจะเป็นเหตุให้มีการประกาศหรือคงไว้ซึ่อกฎอัยการศึก
4. การก่อการร้าย
5. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้เอาประกันภัย เข้าร่วมทะเลาะวิวาท หรือมีส่วนยั่วยุให้เกิดการทะเลาะวิวาท
6. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้เอาประกันภัย ปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม
7. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้เอาประกันภัย ก่ออาชญากรรมที่มีความผิดสถานหนัก หรือขณะถูกจับกุมหรือหลบหนีการจับกุม
8. การแผ่รังสี หรือการแพร่กัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากการนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวเอง
9. การระเบิดของกัมมันตภาพรังสี หรือส่วนประกอบของนิวเคลียร์ หรือวัตถุอันตรายอื่นใดที่อาจเกิดการระเบิดในกระบวนการนิวเคลียร์ได้
10. การตรวจรักษา อาการ หรือโรคที่เกี่ยวเนื่องกับภาวะทางจิตใจ โรคทางจิตเวช หรือทางพฤติกรรม หรือความผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมถึงภาวะสมาธิสั้น ออธิสซึม เครียด ความผิดปกติของการกิน หรือความวิตกกังวล
11. การรักษาหรือการบำบัดการติดยาเสพติดให้โทษ บุหรี่ สุรา หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท
12. การตรวจสุขภาพทั่วไป การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือร้องขอการผ่าตัด การพักฟื้น หรือการพักเพื่อการฟื้นฟู หรือการรักษาโดยวิธีให้พัก อยู่เฉยๆ การตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุใดๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเข้ารักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย การรักษาหรือการตรวจวิเคราะห์เพื่อสาเหตุซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และค่าบริการเฝ้าไข้พิเศษ
13. การตรวจรักษา หรือผ่าตัดเกี่ยวกับฟัน หรือเหงือก การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษารากฟัน อุดฟัน การจัดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็น อันเนื่องจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอมและการครอบฟันและการรักษารากฟันหรือใส่รากฟันเทียม
14. การตั้งครรภ์ การแท้งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การแก้ไขปัญหาการมีบุตรยาก (รวมถึงการสืบวิเคราะห์และการรักษา) การทำหมันหรือการคุมกำเนิด
15. การปลูกฝีหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยกเว้นการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังจากการถูกสัตว์ทำร้าย และวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ภายหลังการได้รับบาดเจ็บ
16. การตรวจรักษาหรือการผ่าตัดเพื่อเสริมสวย หรือการแก้ไขปัญหาผิวพรรณ สิว ฝ้า กระ รังแค ผมร่วง หรือการควบคุมน้ำหนักตัว หรือการผ่าตัดอันมีลักษณะเลือกได้ เว้นแต่เป็นการตกแต่งบาดแผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครอง
17. การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิค ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็น หรือการรักษาความผิดปกติของการมองเห็น

บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามสัญญาเพิ่มเติมนี้ สำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 120 วัน นับแต่วันที่เริ่มมีผลคุ้มครอง หรือวันต่ออายุสัญญาเพิ่มเติมนี้ ดังต่อไปนี้

1. เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด
2. ริดสีดวงทวาร
3. ไส้เลื่อนทุกชนิด
4. ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก
5. การตัดทอนซิล หรืออดีนอยด์
6. นิ่วทุกชนิด
7. เส้นเลือดขอดที่ขา
8. เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่

3. สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค (DD10)

ในขณะสัญญาเพิ่มเติมนี้ยังมีผลบังคับโดยสมบูรณ์ หากผู้เอาประกันภัย**ได้รับการวินิจฉัยและยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นโรคร้ายแรง**ที่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้ในระหว่างที่ผู้เอาประกันภัยยังมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้ให้ขึ้นอยู่กับคำนิยามของโรคร้ายแรงแล้วแต่กรณี เมื่อบริษัทได้รับและเห็นชอบในหลักฐานแล้ว บริษัทจะ**จ่าย 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย**ตามที่ระบุไว้ใน “ตารางกรมธรรม์”

ความคุ้มครอง	แผนเบสิก	แผนเอ็กซ์ตร้า	แผนอัลตร้า
หากเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง 10 โรค ที่บริษัทให้ความคุ้มครอง	200,000 บาท	500,000 บาท	1,000,000 บาท

หมายเหตุ

- สัญญาเพิ่มเติมนี้จะจ่ายผลประโยชน์ 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง 10 โรค
- เมื่อบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยข้อใดข้อหนึ่งแล้ว สัญญาเพิ่มเติมนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดความคุ้มครอง
- สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรคนี้ มีระยะเวลารอคอย **60 วัน**

ความคุ้มครองการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค (DD10)

1	โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive Cancer)
2	โรคเยื่อหุ้มสมองหรือไขสันหลังอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Meningitis)
3	ไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Failure)
4	ตับวาย (Chronic Liver Disease /End-stage Liver disease /Liver Failure)
5	กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด (Acute Heart Attack)
6	โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน (Major Stroke)
7	การผ่าตัดเส้นเลือดแดงใหญ่ เอออร์ต้า (Surgery to Aorta)
8	การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary Artery By-pass Surgery)
9	การผ่าตัดลิ้นหัวใจโดยวิธีการเปิดหัวใจ (Open Heart Surgery for the Heat Valve)
10	การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะหรือปลูกถ่ายไขกระดูก (Major Organs Transplantation or Bone Marrow)

หมายเหตุ

- สัญญาเพิ่มเติมนี้จะจ่ายผลประโยชน์ 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง 10 โรค
- เมื่อบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยข้อใดข้อหนึ่งแล้ว สัญญาเพิ่มเติมนี้ถือเป็นอันสิ้นสุดความคุ้มครอง

ข้อยกเว้นความคุ้มครอง สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค

1. ความผิดปกติซึ่งแพทย์ยืนยันและมีหลักฐานชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรง หรือโรคร้ายแรงที่เกิดขึ้นก่อนวันที่เริ่ม มีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้
2. การฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
3. ผู้เอาประกันภัยปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษา แนะนำ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
4. ภาวะใดๆ ซึ่งเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากเชื้อภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) หรือเอดส์ (AIDS) หรือกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับเอดส์ (ARC) หรือภาวะเสี่ยงจากการติดเชื้อ และ/หรือเนื้อร้ายที่ปรากฏร่วมกับเชื้อเอชไอวี เอดส์ หรือกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับเอดส์
5. การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอันเกิดจากอาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และจากกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินติดต่อไปโดยตนเอง
6. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกระทำความผิดทางอาญาโดยเจตนา หรือขณะถูกจับกุมโดยเจ้าหน้าที่เพราะการกระทำความผิดดังกล่าว เว้นแต่ความผิดลหุโทษ หรือความผิดอันยอมความกันได้
7. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ หรือการตรวจ หรือรักษาโรคหรือความพิการที่เป็นมาแต่กำเนิด
8. โรคหรืออาการเกี่ยวกับสภาวะจิตใจ หรือประสาทผิดปกติ สภาวะเครียด การติดสารเสพติด หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง
9. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา ยาเสพติด หรือสารเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้
   คำว่า “ขณะอยู่ภายในฤทธิ์สุรา” นั้น ในกรณีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์ที่มีระดับแอลกอฮอร์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

ขั้นตอนการซื้อประกันชีวิต ทางออนไลน์

Chubb studio

รายการเอกสาร/ข้อมูล ที่ลูกค้าต้องเตรียมก่อนเข้าระบบ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล : ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อาชีพ
2. อีเมล : สำหรับรับข้อมูล ใบเสนอขาย และใบเสร็จรับเงินชั่วคราว
3. เบอร์มือถือ : รับข้อมูล SMS (OTP) ในการยืนยันตัวตน
4. บัตรประจำตัวประชาชน : กรอกเลขที่บัตร และเลขหลังบัตร
5. ชื่อผู้รับประโยชน์ /ความสัมพันธ์
6. ไฟล์รูปบัตรประชาชน (ไฟล์ภาพ JPG และ TIFF)
7. ไฟล์รูปใบหน้าลูกค้าถ่ายกับบัตรประชาชน (ไฟล์ภาพ JPG และ TIFF)
8. บัตรเครดิต (Visa, MasterCard, JCB) / WEB Pay / Direct Debit

ตัวอย่างไฟล์ภาพข้อมูลลูกค้า ไฟล์ภาพ .JPG .JPEG .PNG

1. ไฟล์รูปบัตรประชาชน

2. ไฟล์รูปภาพหน้า
พร้อมกับบัตรประชาชน

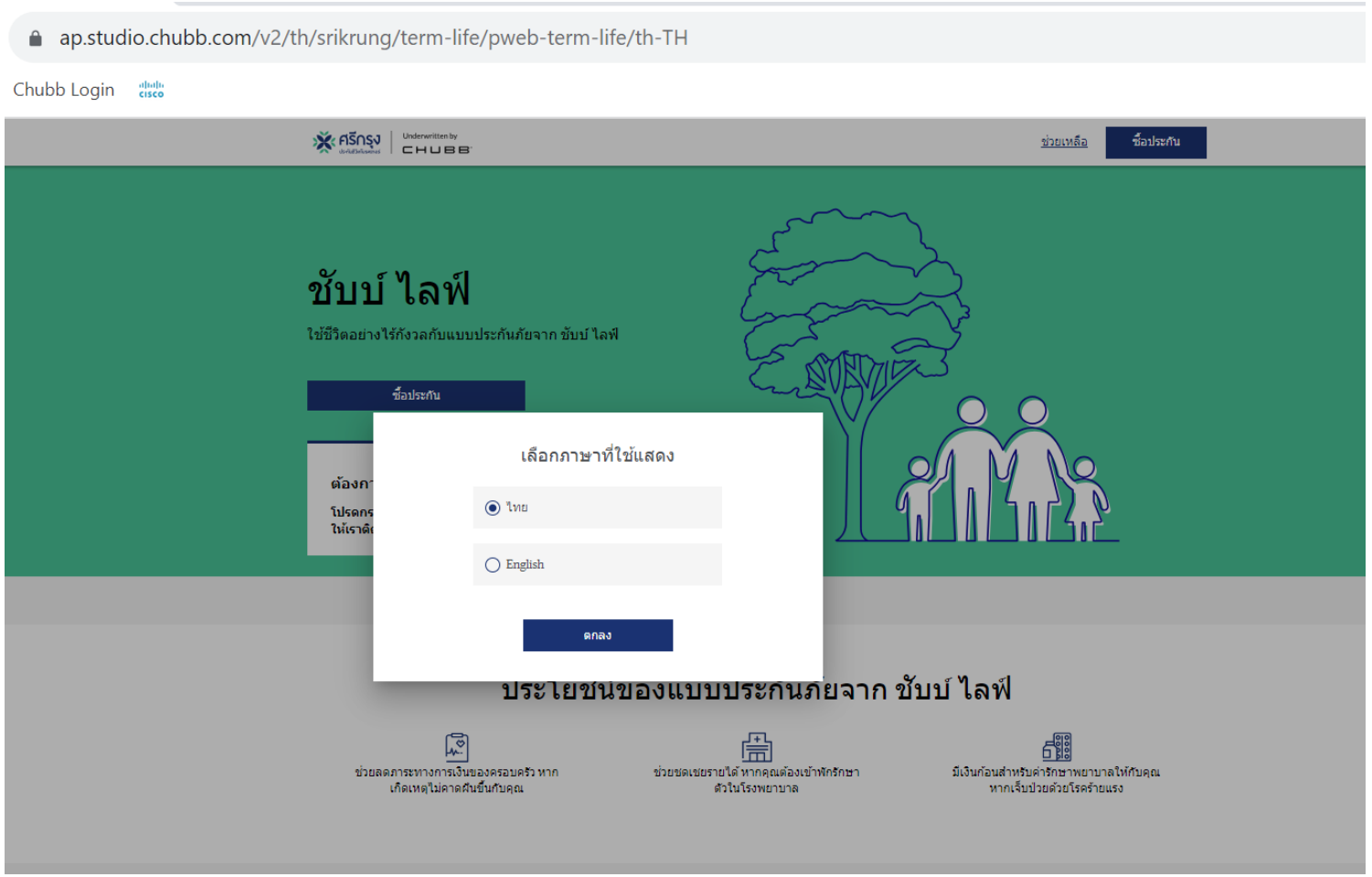
กรณีลูกค้าใช้ iPhone, iPad

เนื่องจากระบบ Chubb Studio **รองรับรูปแบบไฟล์เฉพาะ** .JPG .JPEG .PNG ดังนั้นก่อนถ่ายภาพเพื่อใช้ในระบบ Chubb Studio ต้องทำการตั้งค่าดังนี้

1. ไปที่หน้าจอ การตั้งค่า (Settings) บนหน้าจอ iPhone ของคุณ
2. เลือกเมนู กล้อง (Camera) ในหน้าจอจะแสดงตัวเลือก ดังนี้ รูปแบบ (Format), Grid, Preserve Settings, Camera mode และอื่นๆ
3. เลือกเมนู รูปแบบ (Format) และเปลี่ยน format จาก High Efficiency ให้เป็น “เข้ากันได้มากที่สุด” (Most Compatible)
4. หลังจากนี้รูปของคุณจะ save เป็น JPG อัตโนมัติ

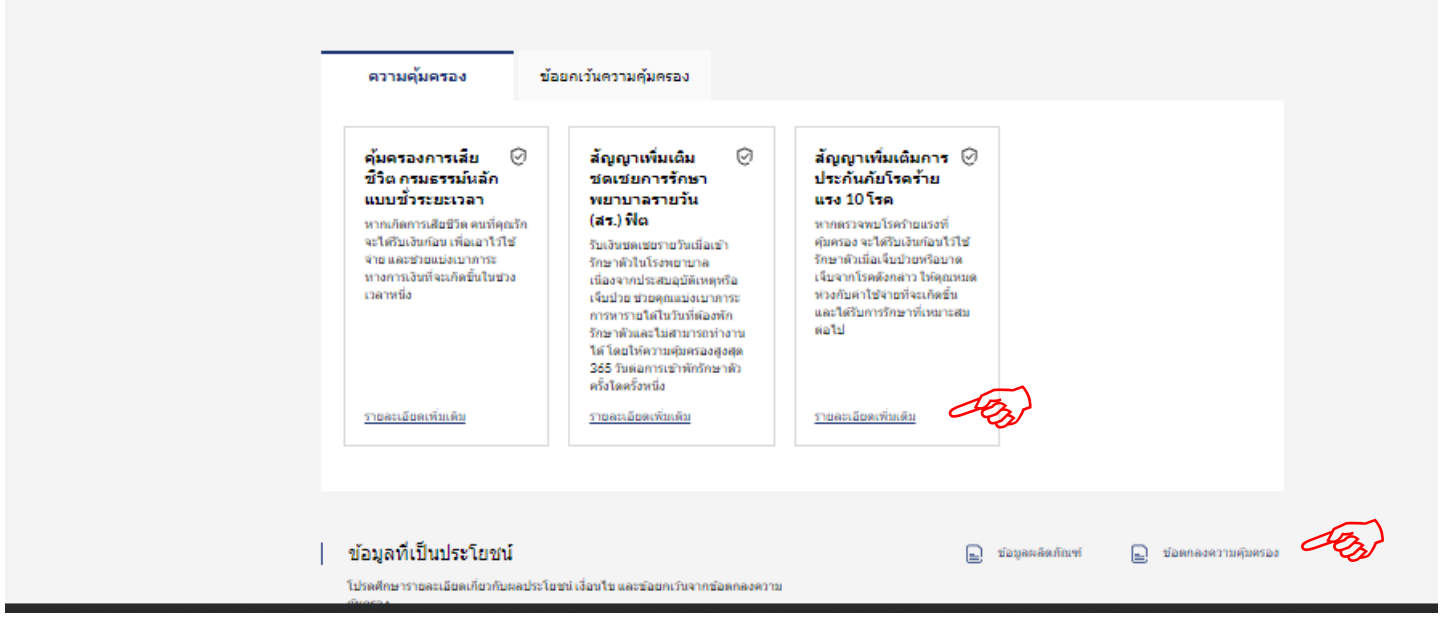
หมายเหตุ ขนาดไฟล์รวมทั้งหมด ต้องไม่เกิน 30 MB

https://ap.studio.chubb.com/v2/th/srikrung/term-life/pweb-term-life/th-TH **XXXXX** รหัสผู้ขาย

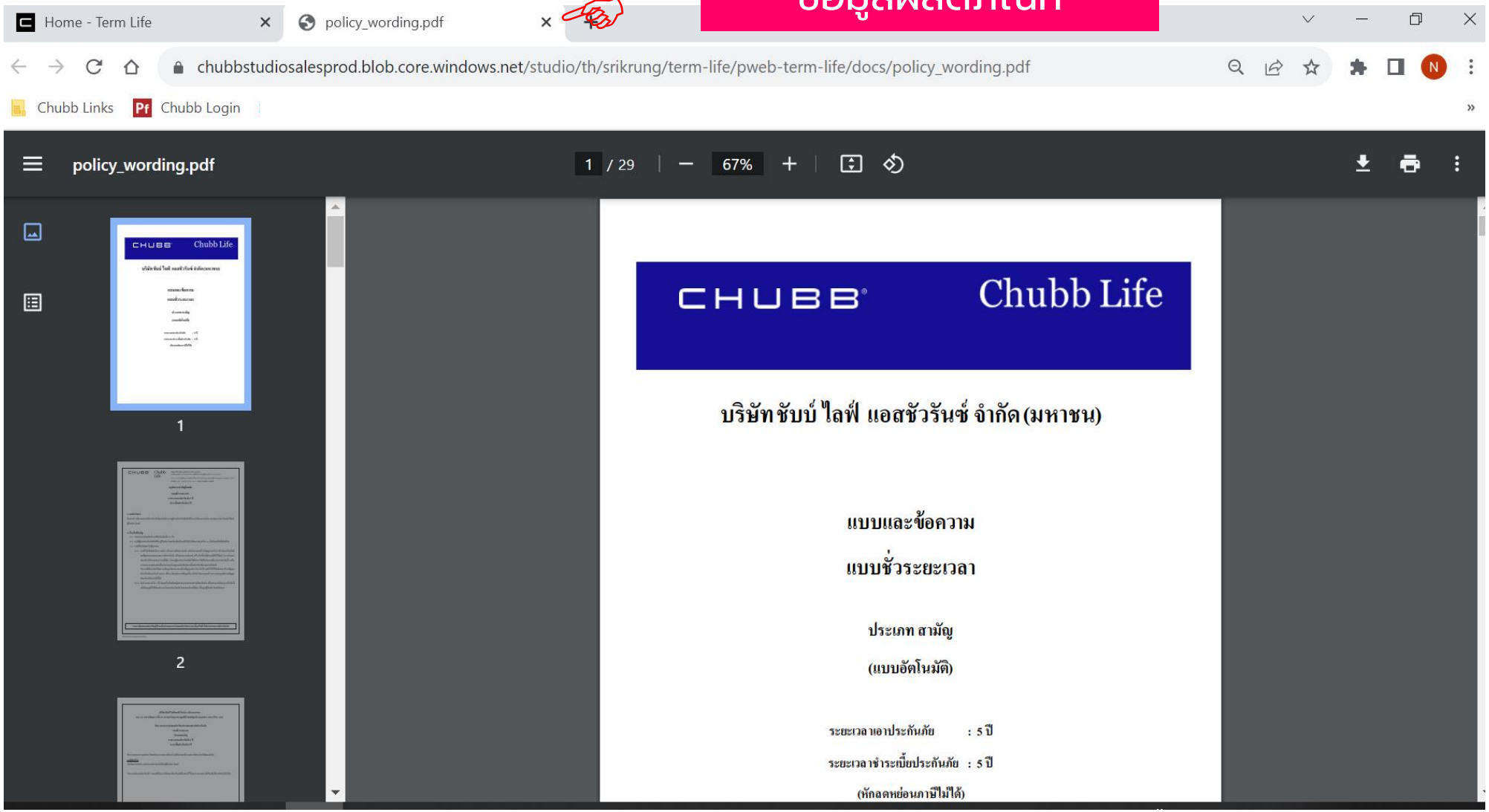


ชับบ์ ไลฟ์
ใช้ชีวิตอย่างไร้กังวลกับแบบประกันภัยจาก ชับบ์ ไลฟ์
ซื้อประกัน
ต้องการความช่วยเหลือ?
โปรดกรอกรายละเอียดของคุณเพื่อให้เราติดต่อกลับ
ติดต่อกลับ

ประโยชน์ของแบบประกันภัยจาก ชับบ์ ไลฟ์
ช่วยลดภาระทางการเงินของครอบครัว หากเกิดเหตุไม่คาดฝันขึ้นกับคุณ
ช่วยชดเชยรายได้ หากคุณต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
มีเงินก้อนสำหรับค่ารักษาพยาบาลให้กับคุณ หากเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง


ความคุ้มครอง
ข้อยกเว้นความคุ้มครอง
คุ้มครองการเสียชีวิต กรมธรรม์หลักแบบชั่วระยะเวลา
หากเกิดการเสียชีวิต ตนที่คุณรักจะได้รับเงินก้อน เพื่อเอาไว้ใช้จ่าย และช่วยแบ่งเบาภาระทางการเงินที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง
รายละเอียดเพิ่มเติม
สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) พีเอ
รับเงินชดเชยรายวันเมื่อเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย ช่วยคุณแบ่งเบาภาระการหารายได้ในวันที่ต้องพักรักษาตัวและไม่สามารถทำงานได้ โดยให้ความคุ้มครองสูงสุด 365 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง
รายละเอียดเพิ่มเติม
สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค
หากตรวจพบโรคร้ายแรงที่คุ้มครอง จะได้รับเงินก้อนไว้ใช้รักษาตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากโรคดังกล่าว ให้คุณเหมดห่วงกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นและได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
รายละเอียดเพิ่มเติม
ข้อมูลที่เป็นประโยชน์
ข้อมูลผลิตภัณฑ์
ข้อตกลงความคุ้มครอง

ข้อมูลผลิตภัณฑ์


Home - Term Life
policy_wording.pdf
chubbstudiosalesprod.blob.core.windows.net/studio/th/srikrung/term-life/pweb-term-life/docs/policy_wording.pdf
Chubb Links
Chubb Login
policy_wording.pdf
1 / 29
67%
CHUBB
Chubb Life
บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
แบบและข้อความ
แบบชั่วระยะเวลา
ประเภท สามัญ
(แบบอัตโนมัติ)
ระยะเวลาเอาประกันภัย : 5 ปี
ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย : 5 ปี
(หักลดหย่อนภาษีไม่ได้)

ข้อมูลตกลงความคุ้มครอง

Home - Term Life | product_disclosure_sheet.pdf

chubbstudiosalesprod.blob.core.windows.net/studio/th/srikrung/term-life/pweb-term-life/docs/product_disclosure_sheet.pdf

Chubb Links | Chubb Login

product_disclosure_sheet.pdf 2 / 5 75%

ความคุ้มครองและผลประโยชน์ที่ได้รับ

กรมธรรม์หลักแบบชั่วระยะเวลา

สามารถเลือกระยะเวลาความคุ้มครองและระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยได้ตามต้องการ ทั้งแบบ 5 ปี หรือ 10 ปี

กรมธรรม์หลักแบบชั่วระยะเวลา	แผน 1	แผน 2	แผน 3
กรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย	100,000 บาท		
กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ รวมถึงกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณภัย (เช่น ขณะโดยสารบนรถประจำทาง, รถไฟ, ขณะโดยสารอยู่ในลิฟต์ หรืออยู่ในอาคารสาธารณะ)			

สัญญาเพิ่มเติม

เลือกความคุ้มครองเพิ่มเติมเพื่อแนบกับกรมธรรม์หลัก อย่างน้อย 1 แผน

ชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) ฟิต	แผน 1	แผน 2	แผน 3
ชดเชยรายวันสำหรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลตามความจำเป็นทางการแพทย์	500 บาท / ต่อวัน	1,000 บาท / ต่อวัน	1,500 บาท / ต่อวัน

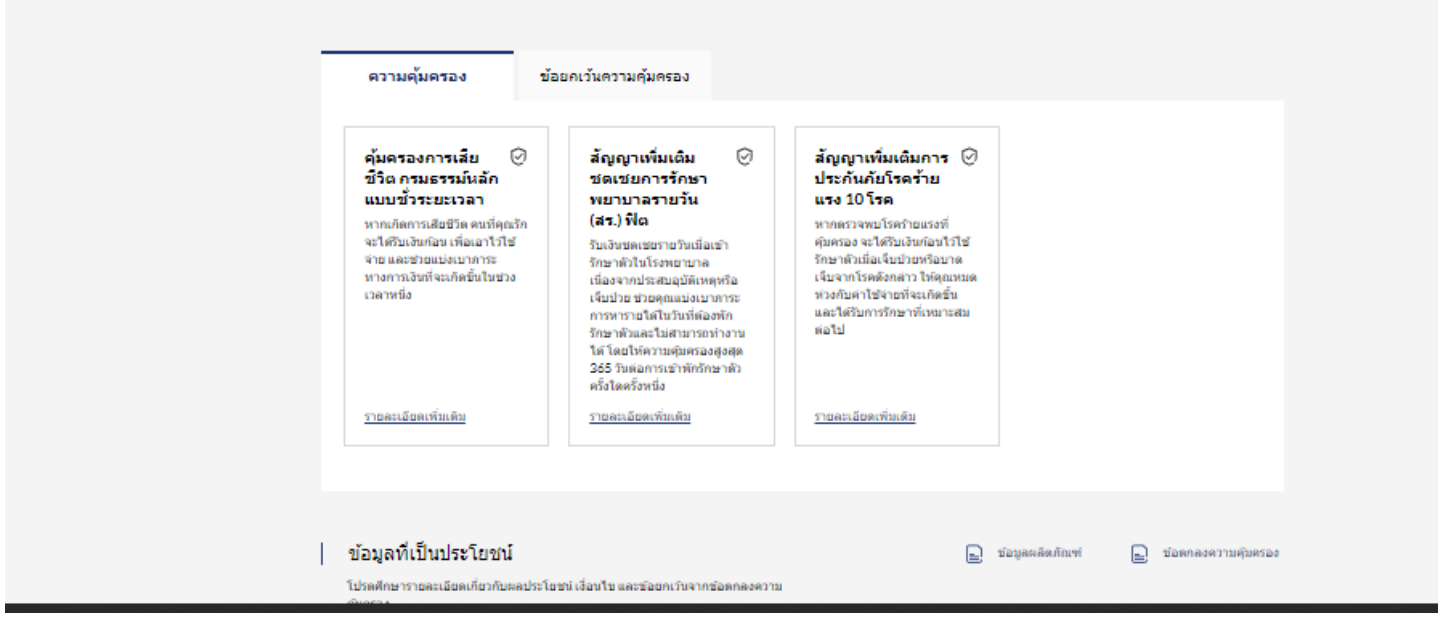
การประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค	แผน 1	แผน 2	แผน 3
หากเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่บริษัทฯ	200,000 บาท	500,000 บาท	1,000,000 บาท

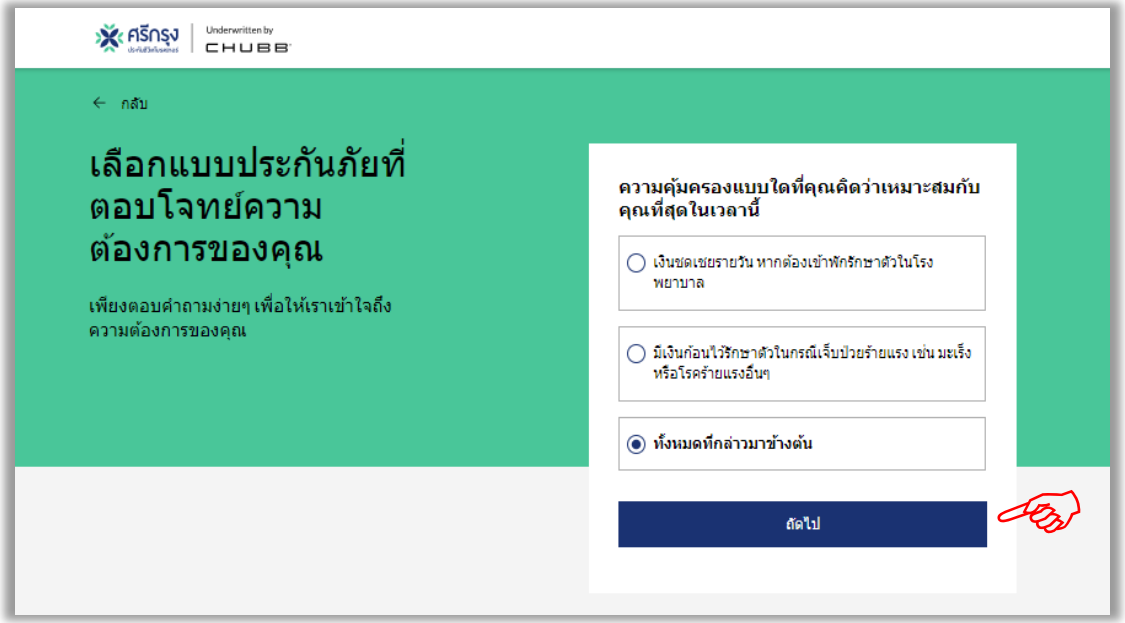
ประโยชน์ของแบบประกันภัยจาก ชับบ์ ไลฟ์

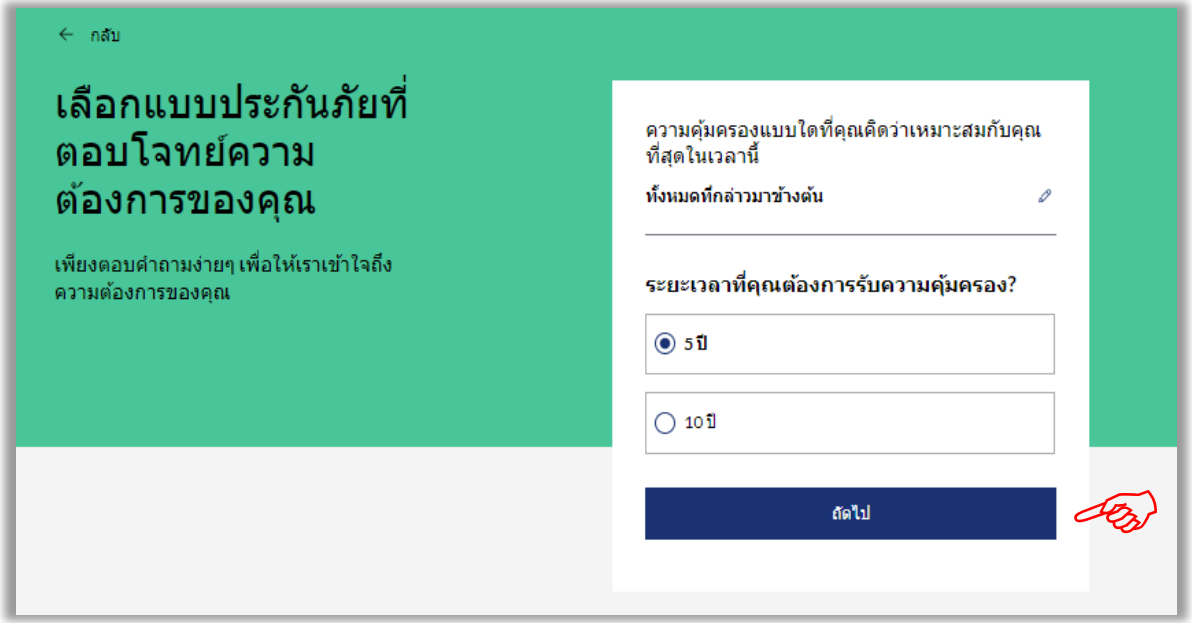
ช่วยลดภาระทางการเงินของครอบครัว หากเกิดเหตุไม่คาดฝันขึ้นกับคุณ

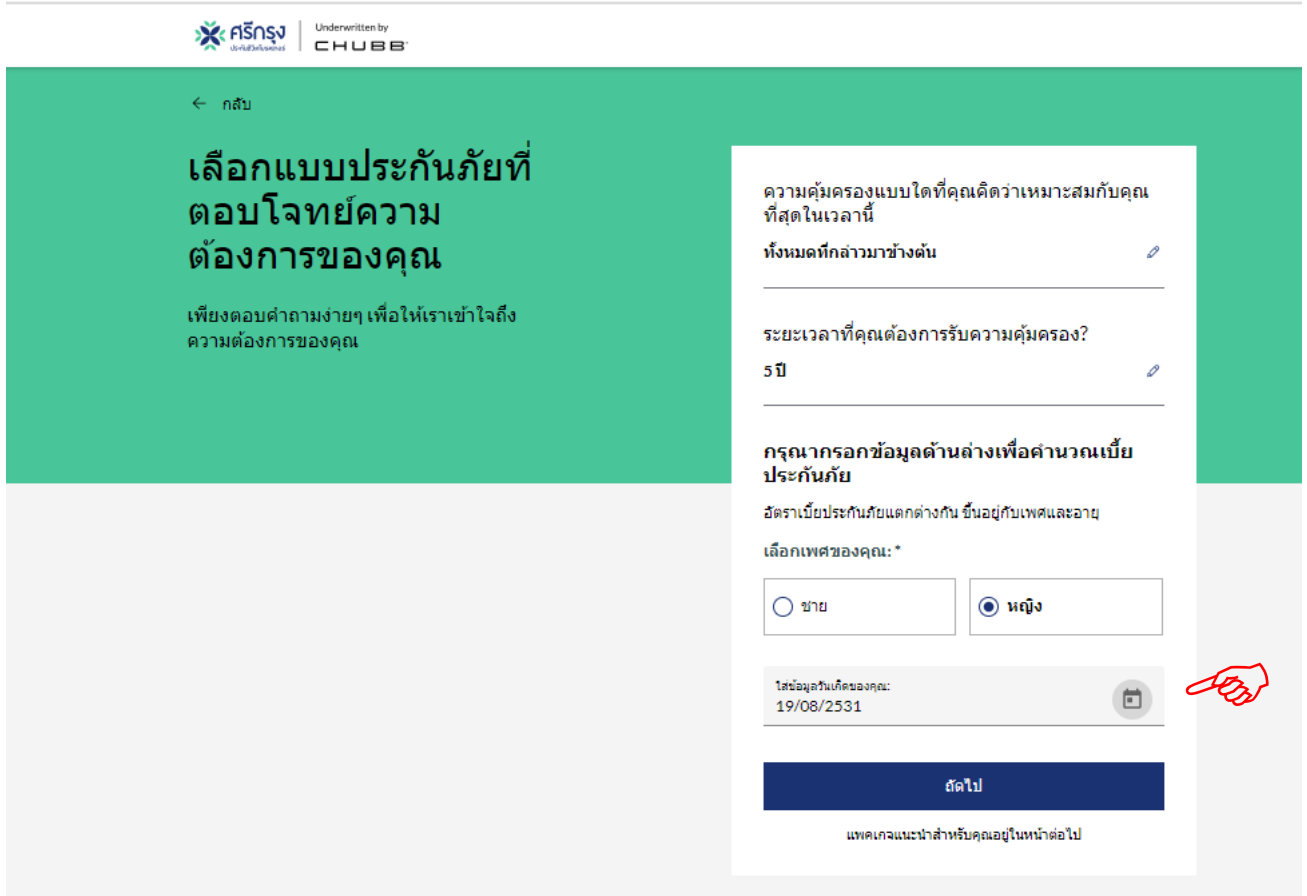
ช่วยชดเชยรายได้ หากคุณต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

มีเงินก้อนสำหรับค่ารักษาพยาบาลให้กับคุณ หากเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

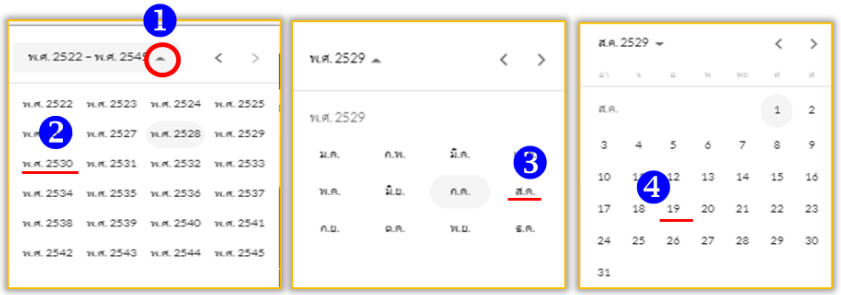



ศรีกรุง
Underwritten by
CHUBB
กลับ
เลือกแบบประกันภัยที่ตอบโจทย์ความต้องการของคุณ
เพียงตอบคำถามง่ายๆ เพื่อให้เราเข้าใจถึงความต้องการของคุณ
ความคุ้มครองแบบใดที่คุณคิดว่าเหมาะสมกับคุณที่สุดในเวลานี้
เงินชดเชยรายวัน หากต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
มีเงินก้อนไว้รักษาตัวในกรณีเจ็บป่วยร้ายแรง เช่น มะเร็ง หรือโรคร้ายแรงอื่นๆ
ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น
ถัดไป


กลับ
เลือกแบบประกันภัยที่ตอบโจทย์ความต้องการของคุณ
เพียงตอบคำถามง่ายๆ เพื่อให้เราเข้าใจถึงความต้องการของคุณ
ความคุ้มครองแบบใดที่คุณคิดว่าเหมาะสมกับคุณที่สุดในเวลานี้
ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น
ระยะเวลาที่คุณต้องการรับความคุ้มครอง?
5 ปี
10 ปี
ถัดไป


ศรีกรุง
Underwritten by
CHUBB
กลับ
เลือกแบบประกันภัยที่ตอบโจทย์ความต้องการของคุณ
เพียงตอบคำถามง่ายๆ เพื่อให้เราเข้าใจถึงความต้องการของคุณ
ความคุ้มครองแบบใดที่คุณคิดว่าเหมาะสมกับคุณที่สุดในเวลานี้
ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น
ระยะเวลาที่คุณต้องการรับความคุ้มครอง?
5 ปี
กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างเพื่อคำนวณเบี้ยประกันภัย
อัตราเบี้ยประกันภัยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเพศและอายุ
เลือกเพศของคุณ: *
ชาย
หญิง
ใส่ข้อมูลวันเกิดของคุณ:
19/08/2531
ถัดไป
แพคเกจแนะนำสำหรับคุณอยู่ในหน้าต่อไป

ปี – เดือน – วัน


1
2
3
4
พ.ศ. 2529
ส.ค. 2529

ระยะเวลาเอาประกันภัย: คุ้มครอง 5 ปี และระยะเวลาชำระเบี้ยฯ 5 ปี สำหรับเพศหญิง อายุ 35 ปี

คุ้มครองโรคร้ายแรง 10 โรค พลัส 5/5	คุ้มครองโรคร้ายแรง 10 โรค พลัส 5/5	คุ้มครองโรคร้ายแรง 10 โรค พลัส 5/5
฿1,476.00	฿2,770.00	฿4,460.00
ต่อปี	ต่อปี	ต่อปี
เบสิก	เอ็กซ์ตร้า	อัลตร้า
ความคุ้มครอง ขยาย	ความคุ้มครอง ขยาย	ความคุ้มครอง ขยาย
คุ้มครองการเสียชีวิต กรมธรรม์หลักแบบชั่วระยะเวลา คุ้มครอง 100,000 บาท	คุ้มครองการเสียชีวิต กรมธรรม์หลักแบบชั่วระยะเวลา คุ้มครอง 100,000 บาท	คุ้มครองการเสียชีวิต กรมธรรม์หลักแบบชั่วระยะเวลา คุ้มครอง 100,000 บาท
สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) ฟิต คุ้มครอง 500 บาท (ต่อวัน)	สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) ฟิต คุ้มครอง 1,000 บาท (ต่อวัน)	สัญญาเพิ่มเติมชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) ฟิต คุ้มครอง 1,500 บาท (ต่อวัน)
สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค คุ้มครอง 200,000 บาท	สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค คุ้มครอง 500,000 บาท	สัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค คุ้มครอง 1,000,000 บาท
ซื้อประกัน	ซื้อประกัน	ซื้อประกัน

ผลประโยชน์และเงื่อนไขเพิ่มเติม

เงื่อนไขกรมธรรม์ (ทั่วไป)

ผลประโยชน์ทางภาษี

การชำระเบี้ยประกันภัย

การต่ออายุเมื่อครบรอบปีกรมธรรม์ (Renewal)

โปรดศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับผลประโยชน์ เงื่อนไข และข้อยกเว้นจากข้อตกลงความคุ้มครอง

ข้อมูลผลิตภัณฑ์ ข้อตกลงความคุ้มครอง

ศรีกรุง | Underwritten by CHUBB

แบบประกันของคุณ ฿4,460.00 /ปี

← กลับ

รายละเอียดของคุณ

วิธีการชำระเงิน:

- **ข้อมูลเกี่ยวกับคุณ**
- ข้อมูลส่วนบุคคล
- ข้อมูลของผู้รับประโยชน์
- ตรวจสอบรหัส OTP
- ตรวจสอบข้อมูลและชำระเงิน

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและคำถามทั่วไป

- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาที่ระบุว่าเป็น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคชัก โรคปอด หรือปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคตับ หรือ ทางเดินน้ำดี โรคไต โรคเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคจิตเวช หรือโรคระบบประสาท พิการทางร่างกาย โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่?
- ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ การผ่าตัดหรือไม่?
- ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา
  - ท่านสูบบุหรี่มากกว่า 30 มวนต่อวัน หรือ
  - ท่านดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 แก้วต่อวัน (1 แก้ว ขนาด 40 ซีซี) หรือ
  - เสพยา หรือสารเสพติดหรือไม่?

◉ ไม่ใช่ทุกข้อ ○ ใช่บางข้อหรือทั้งหมด

คำถาม FATCA

คุณเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) ที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกา (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) หรือไม่ *

○ ใช่ ◉ ไม่ใช่

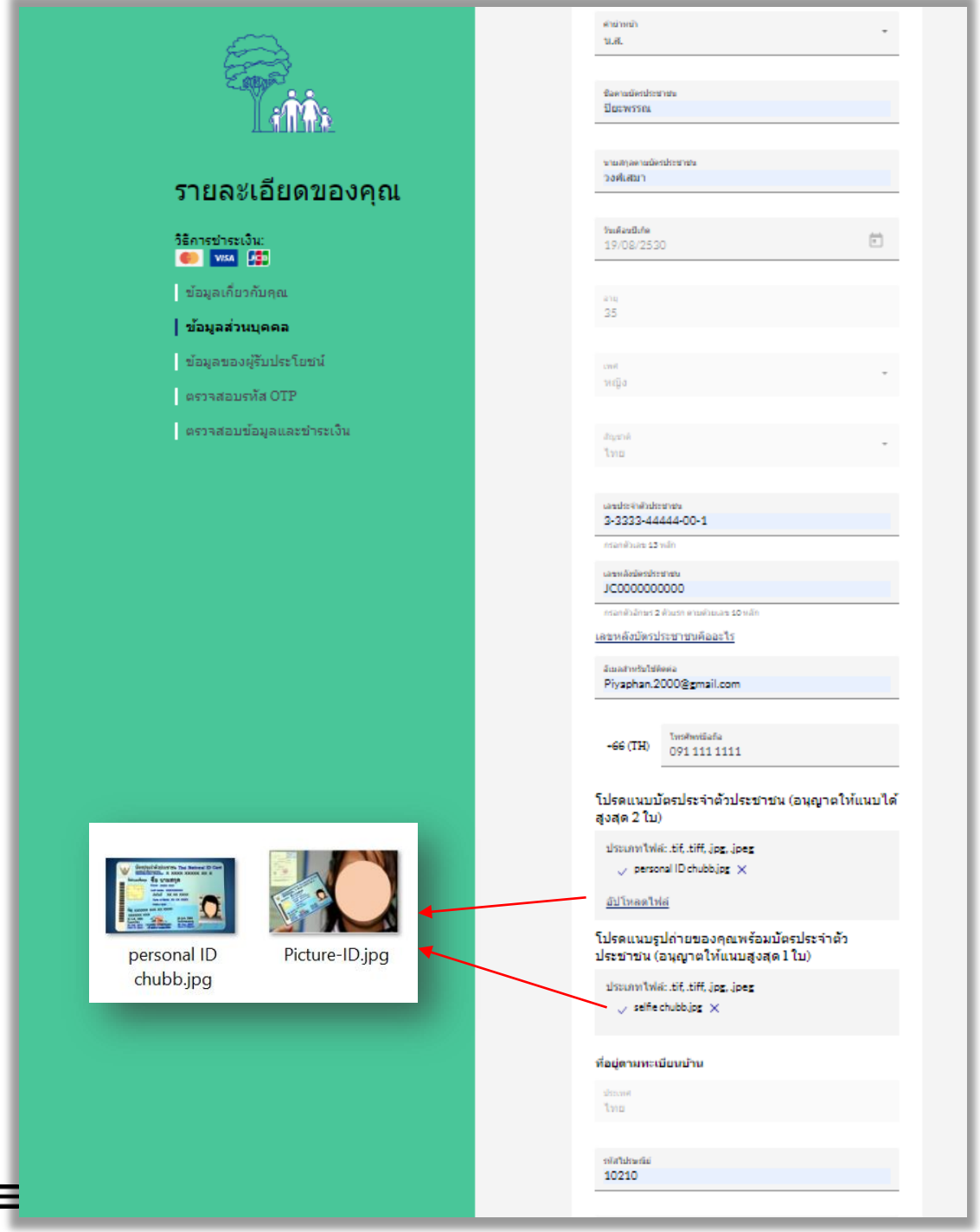
ข้อมูลอาชีพ

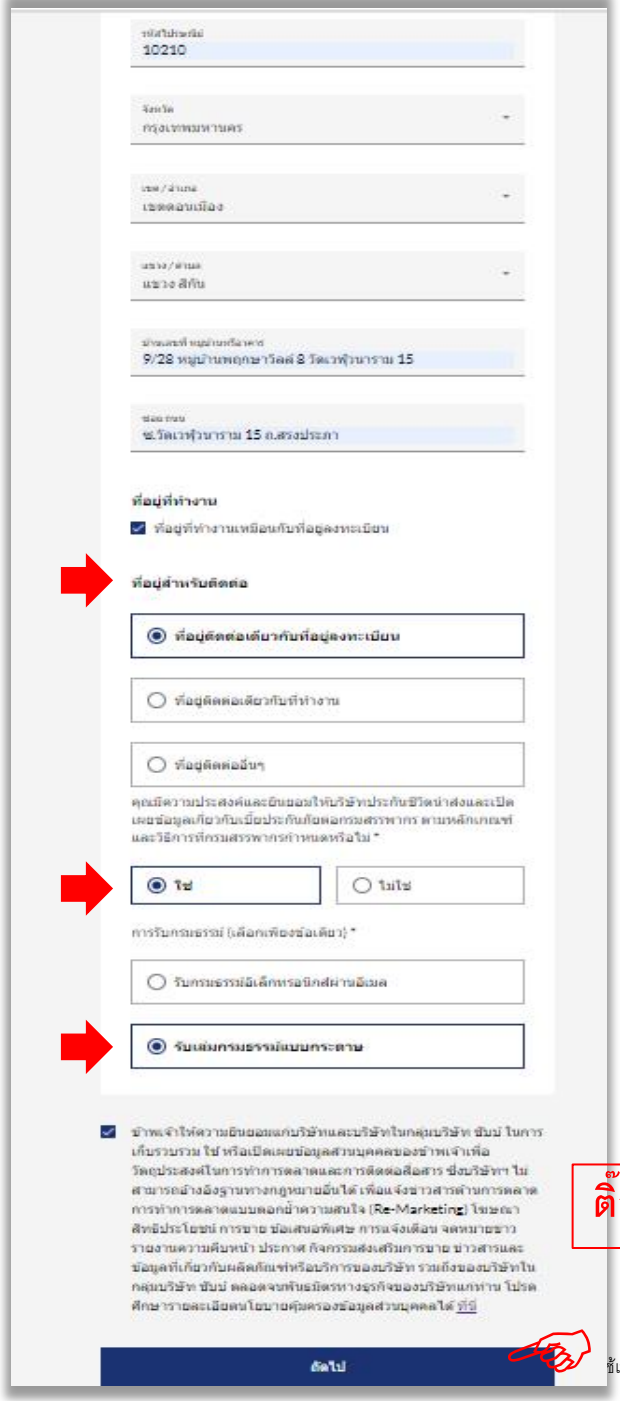
ลักษณะธุรกิจ: การเงิน/ธนาคาร/บริษัทเงินทุน/ประกันภัย ❶

ลักษณะงานที่ทำ: ประกันภัย ❷

อาชีพประจำ: ผู้อำนวยการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทางด้านเอกสาร ❸

ถัดไป


รายละเอียดของคุณ
วิธีการชำระเงิน:
ข้อมูลเกี่ยวกับคุณ
ข้อมูลส่วนบุคคล
ข้อมูลของผู้รับประโยชน์
ตรวจสอบรหัส OTP
ตรวจสอบข้อมูลและชำระเงิน
3-3333-44444-00-1
JC0000000000
Piyaphan.2000@gmail.com
-66 (TH)
091 111 1111
โปรดแนบบัตรประจำตัวประชาชน (อนุญาตให้แนบได้สูงสุด 2 ใบ)
personal ID chubb.jpg
Picture-ID.jpg
โปรดแนบรูปถ่ายของคุณพร้อมบัตรประจำตัวประชาชน (อนุญาตให้แนบสูงสุด 1 ใบ)
selfie chubb.jpg
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
10210


10210
กรุงเทพมหานคร
เขตดอนเมือง
แขวง สีกัน
9/28 หมู่บ้านพฤกษาวิลล์ 8 วัดเวฬุวนาราม 15
ซ.วัดเวฬุวนาราม 15 ถ.สรงประภา
ที่อยู่ที่ทำงาน
ที่อยู่ที่ทำงานเหมือนกับที่อยู่ลงทะเบียน
ที่อยู่สำหรับติดต่อ
ที่อยู่ติดต่อเดียวกับที่อยู่ลงทะเบียน
ที่อยู่ติดต่อเดียวกับที่ทำงาน
ที่อยู่ติดต่ออื่นๆ
ใช่
ไม่ใช่
รับการสื่อสารผ่านอีเมล
รับเอกสารแบบกระดาษ
ถัดไป

ติ๊ก/ไม่ติ๊ก ก็ได้

รายละเอียดของคุณ

วิธีการชำระเงิน:

- ข้อมูลเกี่ยวกับคุณ
- ข้อมูลส่วนบุคคล
- **ข้อมูลของผู้รับประโยชน์**
- ตรวจสอบรหัส OTP
- ตรวจสอบข้อมูลและชำระเงิน

รายละเอียดของผู้รับประโยชน์

รายละเอียดของผู้รับประโยชน์ 1

ชื่อ
สมพร

นามสกุล
วงศ์เสมา

เลขประจำตัวประชาชน
3-3333-33333-00-0

ความสัมพันธ์
มารดา

ร้อยละของผลประโยชน์
50

รายละเอียดของผู้รับประโยชน์ 2

ลบ

ชื่อ
นายสมบัติ

นามสกุล
วงศ์เสมา

เลขประจำตัวประชาชน
3-4444-44444-00-0

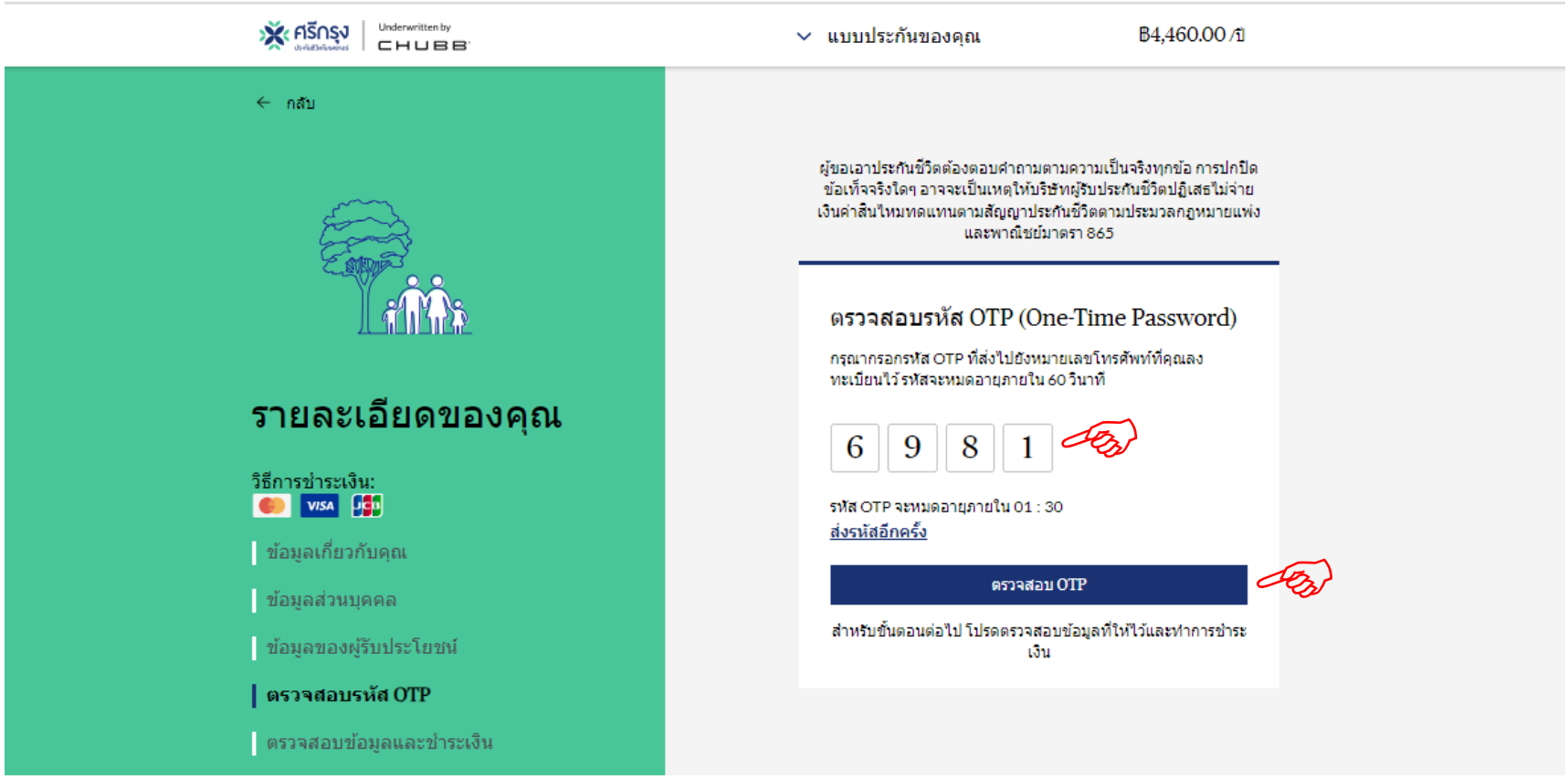
ความสัมพันธ์
บิดา

ร้อยละของผลประโยชน์
50

เพิ่มผู้รับประโยชน์

ถัดไป

เราจะส่งรหัส OTP ไปยังเบอร์โทรศัพท์มือถือที่คุณให้ไว้เพื่อตรวจสอบในขั้นตอนถัดไป


ศรีกรุง
Underwritten by
CHUBB
แบบประกันของคุณ
฿4,460.00 /ปี
กลับ
รายละเอียดของคุณ
วิธีการชำระเงิน:
ข้อมูลเกี่ยวกับคุณ
ข้อมูลส่วนบุคคล
ข้อมูลของผู้รับประโยชน์
ตรวจสอบรหัส OTP
ตรวจสอบข้อมูลและชำระเงิน
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865
ตรวจสอบรหัส OTP (One-Time Password)
กรุณากรอกรหัส OTP ที่ส่งไปยังหมายเลขโทรศัพท์ที่คุณลงทะเบียนไว้ รหัสจะหมดอายุภายใน 60 วินาที
6 9 8 1
รหัส OTP จะหมดอายุภายใน 01 : 30
ส่งรหัสอีกครั้ง
ตรวจสอบ OTP
สำหรับขั้นตอนต่อไป โปรดตรวจสอบข้อมูลที่ให้ไว้และทำการชำระเงิน

รายละเอียดของคุณ

วิธีการชำระเงิน:

- ข้อมูลเกี่ยวกับคุณ
- ข้อมูลส่วนบุคคล
- ข้อมูลของผู้รับประโยชน์
- ตรวจสอบรหัส OTP
- **ตรวจสอบข้อมูลและชำระเงิน**

รายละเอียดของคุณ

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาที่ระบุว่าเป็น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคชัก โรคปอด หรือปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตัน โรคตับ หรือ ทางเดินน้ำดี โรคไต โรคเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคจิตเวช หรือโรคระบบประสาท พิการทางร่างกาย โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่?

ไม่ใช่

ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ การผ่าตัดหรือไม่?

ไม่ใช่

ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่มากกว่า30 มวนต่อวัน หรือท่านดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า4 แก้วต่อวัน (1 แก้วขนาด 40ซีซี) หรือเสพยา หรือสารเสพติดหรือไม่?

ไม่ใช่

คุณเป็นผู้มีสัญชาติอเมริกัน หรือเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green Card) ที่ยังไม่สิ้นผลบังคับ หรือเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีหน้าที่เสียภาษีให้กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ไม่ใช่

รายละเอียดส่วนบุคคล

ชื่อตามบัตรประชาชน	ปิยะพรรณ
นามสกุลตามบัตรประชาชน	วงศ์เสมา
วันเดือนปีเกิด	19 ส.ค. 2530
อายุ	35
เพศ	หญิง
สัญชาติ	ไทย
เลขประจำตัวประชาชน	3-3333-44444-00-1
เลขหลังบัตรประชาชน	JC0000000000
อีเมล	Piyaphan.2000@gmail.com
โทรศัพท์มือถือ	+66911111111

ข้อมูลอาชีพ

ลักษณะธุรกิจ	การเงิน/ธนาคาร/บริษัทเงินทุน/ประกันภัย
ลักษณะงานที่ทำ	ประกันภัย
อาชีพประจำ	ผู้อำนวยการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทางด้านเอกสาร

แบบบัตรประจำตัวประชาชน

เอกสารแบบของคุณ	personal ID chubb.jpg

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร	9/28 หมู่บ้านพฤกษาวิลล์ 8 วัดเวฬุวนาราม 15
ซอย ถนน	ซ.วัดเวฬุวนาราม 15 ถ.สรงประภา
แขวง / ตำบล	แขวง สีกัน
เขต / อำเภอ	เขตดอนเมือง
จังหวัด	กรุงเทพมหานคร
ประเทศ	ไทย
รหัสไปรษณีย์	10210

ที่อยู่ที่ทำงาน

ที่อยู่ปัจจุบัน (ทไชดดต่อ)	เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ขอใช้สิทธิ์ลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

อนุญาต	ใช่
การรับกรมธรรม์	รับเล่มกรมธรรม์แบบกระดาษ

รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ผู้รับประโยชน์ 1

ชื่อ	สมพร
นามสกุล	วงศ์เสมา
เลขประจำตัวประชาชน	3-3333-33333-00-0
ความสัมพันธ์	มารดา
ร้อยละของผลประโยชน์	50%

ผู้รับประโยชน์ 2

ชื่อ	นายสมบัติ
นามสกุล	วงศ์เสมา
เลขประจำตัวประชาชน	3-4444-44444-00-0
ความสัมพันธ์	บิดา
ร้อยละของผลประโยชน์	50%

แบบประกันของคุณ

แบบประกันภัย	คุ้มครองโรคร้ายแรง 10 โรค พลัส 5/5
เบี้ยประกันภัย	฿4,460.00 /ปี

ตารางผลประโยชน์

ปีที่	เบี้ยประกัน (บาท)	กรณีเสียชีวิต	ชดเชยการรักษาพยาบาล	โรคร้ายแรง
1	4,460	100,000	1,500	1,000,000
2	4,850	100,000	1,500	1,000,000
3	5,120	100,000	1,500	1,000,000
4	5,440	100,000	1,500	1,000,000
5	5,790	100,000	1,500	1,000,000

โปรดตรวจสอบว่าข้อมูลของคุณถูกต้องก่อนที่จะดำเนินการต่อไป

☑ การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้รวมถึงถ้อยแถลง ที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถาน พยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้ บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไข ในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

☑ ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูล ที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html รวมทั้งรับทราบว่าบริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ ประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย ตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำ กับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการ ขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคล ของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่น สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่น นั้นแล้ว www.chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับ ดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูล ส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบน เว็บไซต์ www.oic.or.th
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัย สามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม การประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนด ไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ เป็นถ้อยแถลงต่างๆ ของผู้ขอเอาประกันภัยที่กระทำผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ขึ้นไว้กับบริษัท ซับบ์ ไลฟ์แอสซัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เมื่อวันที่ 25 July 2023 จึงขอให้ผู้ขอเอาประกันภัยตรวจสอบว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้องหรือไม่หากมีข้อความใดไม่ตรงตามความจริง โปรดแจ้งบริษัทเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง ทั้งนี้ผู้ขอเอาประกันภัยอาจยกเลิกการประกันภัยได้ภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยหรือกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์จากบริษัท โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรและบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยทั้งหมดที่ได้รับชำระมาแล้วเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัยไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

ยืนยันและซื้อตอนนี้

โปรดตรวจสอบข้อมูลและชำระเงินเมื่อคุณพร้อม

นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล - ซับบ

chubb.com/th-th/footer/chubblife-privacy-notice.html

ob Login | ไดรฟ์ของฉัน - Googl... | New Tab | ยินดีต้อนรับ | Village | แปลประโยคอังกฤษ - ค้... | บริการสอบถามข้อมู

เกี่ยวกับเรา | ความสัมพันธ์ของผู้ถือหุ้นและสื่อมวลชน | สนใจร่วมงาน | ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร | ข้อมูลนักลงทุน | ติดต่อเรา | English

CHUBB

ลูกค้ารายบุคคล | ลูกค้าองค์กร | บทความ | ทำธุรกิจกับเรา | บริการลูกค้า | การเรียกร้องสินไหม | ลงชื่อใช้งาน

ซับบ์ในประเทศไทย ให้บริการรับประกันภัยทั้งกลุ่มลูกค้าบุคคล ลูกค้าองค์กรขนาดกลางและขนาดย่อม รวมถึงลูกค้าองค์กรขนาดใหญ่

นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) (**"บริษัท"** หรือ **"เรา"**) ตระหนักถึงความสำคัญแก่การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเป็นอย่างยิ่ง บริษัทจึงได้จัดทำนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับลูกค้า ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต และพันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฉบับนี้ (**"นโยบายความเป็นส่วนตัว"**) เพื่อแจ้งให้ท่านทราบถึงรายละเอียดและวิธีการที่เราเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการประกอบธุรกิจของบริษัท และเพื่อเป็นการแจ้งให้แก่ท่านทราบถึงสิทธิที่ท่านพึงมีตามที่กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้บังคับกำหนด โดยนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ ให้ใช้บังคับกับ:

- ลูกค้าบุคคล ลูกค้าผู้เอาประกันภัยในปัจจุบันและในอดีต ผู้ถือกรมธรรม์ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับนิติบุคคล (เช่น กรรมการ ผู้ถือหุ้น พนักงาน บุคลากร ผู้รับผลประโยชน์ และ/หรือ บุคคลอื่นใดที่ได้รับมอบหมายหรือที่เข้าทำสัญญากับบริษัทในนามของนิติบุคคล) ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับผลประโยชน์จากกรมธรรม์ของผู้ถือกรมธรรม์หรือสมาชิกผู้เอาประกันภัยคุ้มคุ้มครอง ผู้ชำระเบี้ยประกัน ผู้รับผลประโยชน์ บุคคลในครอบครัว ผู้มีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน บุคคลอื่นใดที่เข้าใช้งานเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันของเรา ตุ้กรณีของผู้เอาประกันภัย พยาน ตัวแทนผู้ได้รับมอบอำนาจหรือดำเนินการแทน และ/หรือ บุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินธุรกิจของบริษัท (ตอไปในนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ เรียกว่า **"ลูกค้า"**)
- ตัวแทนประกันชีวิตที่ได้รับอนุญาต (ตอไปในนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ เรียกว่า **"ตัวแทนประกันชีวิต"**)
- นายหน้าประกันชีวิต หรือบุคลากร บุคคลผู้ได้รับมอบอำนาจ ผู้มีอำนาจลงนาม กรรมการ ผู้ถือหุ้นและผู้ติดต่ออื่นๆ ของนายหน้าประกันชีวิตที่ได้รับอนุญาต (ตอไปในนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ เรียกว่า **"นายหน้าประกันชีวิต"**)
- บุคลากร บุคคลผู้ได้รับมอบอำนาจ ผู้มีอำนาจลงนาม กรรมการ ผู้ถือหุ้นและผู้ติดต่ออื่น ๆ ของผู้ให้บริการภายนอก พันธมิตรทางธุรกิจ คู่ค้า บริษัทประกันภัยอื่น ธนาคาร (ตอไปในนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ เรียกว่า **"พันธมิตรทางธุรกิจ"**)

(รวมเรียกว่า **"ท่าน"**)

เราขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไข ปรับปรุง หรือเพิ่มเติมเนื้อหาในนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้โดยไม่แจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้า เว้นแต่เป็นกรณีที่กฎหมายกำหนดให้เราแจ้งให้ท่านทราบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ด้วยเหตุนี้เอง เราจึงขอให้ท่านหมั่นตรวจสอบการแก้ไขปรับปรุงนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้อยู่เสมอ ทั้งนี้ ให้การปรับปรุงแก้ไขใด ๆ มีผลทันทีเมื่อเราประกาศชี้แจงนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับปรับปรุงแก้ไขแทนที่ฉบับก่อนหน้า

ภายใต้นโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ **"ข้อมูลส่วนบุคคล"** หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม และ **"ข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อน"** หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ระบุในมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และ/หรือ ที่คณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลประกาศกำหนดเพิ่มเติม

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่เก็บรวบรวม

1.1 ช่องทางการเก็บรวบรวม

เราอาจเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านทั้งทางตรงและทางอ้อมจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ กล่าวคือ

(1) บริษัทอาจเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน *โดยตรง* ผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่ท่านติดต่อสื่อสารกับเรา (เช่น เมื่อพบปะซึ่งหน้าหรือทางออนไลน์ ผ่านโทรศัพท์ จดหมาย สื่อสังคมออนไลน์ อีเมล เว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันของเรา ศูนย์บริการข้อมูลลูกค้าหรือหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนของเรา ผ่านการเข้ารวมกิจกรรมทางการตลาดหรือกิจกรรมเพื่อบริหารลูกค้าสัมพันธ์)

(2) บริษัทอาจเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน *จากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ* (เช่น บริษัทในกลุ่มและบริษัทย่อยของเรา (**"กลุ่มบริษัทซับบ์"**) ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต บริษัทประกันภัยอื่น ผู้ให้บริการที่เกี่ยวเนื่องกับงานประกันภัย (เช่น ผู้ประเมินความเสียหาย / ผู้สำรวจภัย / ผู้เจรจาตกลงความเสียหาย / ผู้เจรจาตกลงค่าสินไหมทดแทน / นิติกร) บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล/สถานพยาบาล พันธมิตรทางธุรกิจ ผู้ให้บริการ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง (เช่น สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมบังคับคดี ศาล) นิติบุคคลผู้เป็นนายจ้างหรือที่ท่านสังกัดอยู่ บุคคลภายนอกอื่น ๆ (เช่น บุคคลผู้รับผลประโยชน์ บุคคลในครอบครัว พยาน) หรือแหล่งข้อมูลสาธารณะ และเว็บไซต์ของบุคคลภายนอก (เช่น สื่อสังคมออนไลน์)

1.2 ประเภทของข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่เราเก็บรวบรวม

8. สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ท่านในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิดังต่อไปนี้ตามที่กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้บังคับกำหนด ทั้งนี้ การใช้สิทธิของท่านอาจขึ้นอยู่กับข้อยกเว้นตามกฎหมาย

(1) สิทธิในการเข้าถึง ท่านอาจมีสิทธิขอเข้าถึงหรือขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่อยู่ในความครอบครองของเรา ตลอดจนขอให้เปิดเผยถึงการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอม

(2) สิทธิในการขอแก้ไขข้อมูล ท่านอาจมีสิทธิขอให้แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด

(3) สิทธิในการขอโอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคล ท่านอาจมีสิทธิขอรับข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่อยู่ในความครอบครองของเราในรูปแบบที่มีการจัดระเบียบแล้ว และสามารถอ่านได้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวไปยังผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลรายอื่นได้ในบางกรณี

(4) สิทธิในการคัดค้าน ท่านอาจมีสิทธิคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น การคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำการตลาดแบบตรง

(5) สิทธิในการระงับการใช้ ท่านอาจมีสิทธิขอให้ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในบางกรณีที่ท่านเชื่อว่าข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวไม่ถูกต้อง การเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยโดยบริษัทไม่ชอบด้วยกฎหมาย หรือข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวหมดความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์บางประการ

(6) สิทธิในการลบหรือทำลาย ท่านอาจมีสิทธิขอให้เราดำเนินการลบ ทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนท่านได้ เว้นเสียแต่ว่า การเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวของบริษัทนั้นเป็นไปเพื่อการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือเพื่อก่อตั้งสิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย เพื่อการใช้ หรือการปกป้องสิทธิเรียกร้องตามกฎหมาย

(7) สิทธิในการถอนความยินยอม สำหรับวัตถุประสงค์ที่ท่านได้ให้ความยินยอมไว้แก่บริษัทในการเก็บรวบรวมใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ท่านสามารถขอถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้

ทั้งนี้ การถอนความยินยอมดังกล่าว อาจส่งผลกระทบให้เราไม่สามารถให้บริการแก่ท่านได้อย่างเต็มที่ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบในการถอนความยินยอม ท่านสามารถติดต่อเราได้ตามรายละเอียดช่องทางการติดต่อบริษัทด้านล่าง

(8) สิทธิในการร้องเรียน ท่านมีสิทธิร้องเรียนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล หากท่านเชื่อว่าการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไม่เป็นไปตามที่กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนด

ท่านสามารถใช้สิทธิที่กล่าวมาข้างต้นได้ โดยส่งแบบฟอร์มคำขอใช้สิทธิมาที่ dpo.chubblifeTH@chubb.com ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยในข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เราอาจดำเนินการตรวจสอบและยืนยันตัวตนของผู้ใช้สิทธิ และ/หรือ อำนาจในการใช้สิทธิแทนผู้อื่นก่อนการดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่าน เมื่อกระบวนการยืนยันตัวตนหรืออำนาจเสร็จสิ้น เราจะดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่านโดยเร็ว

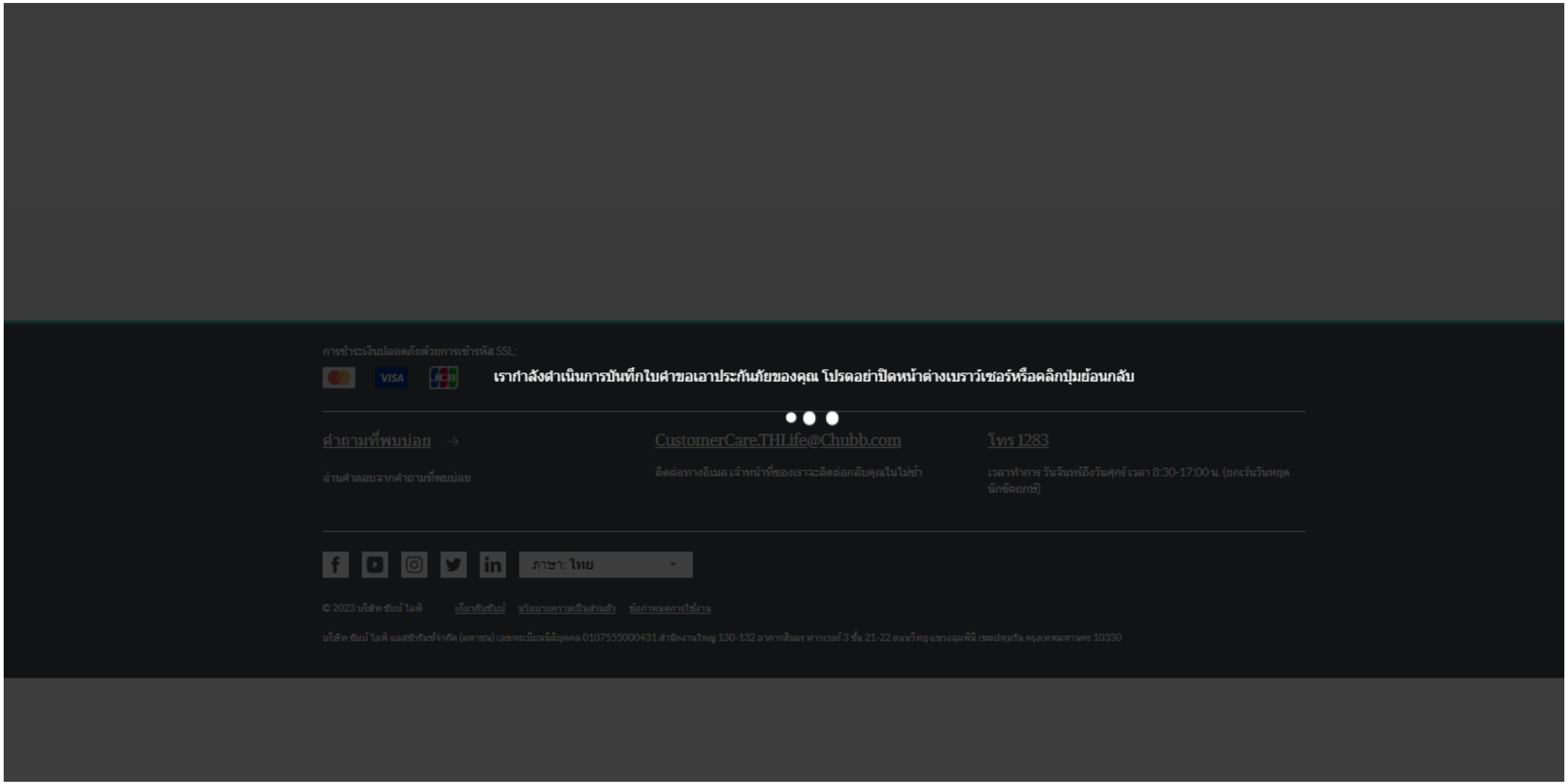
ในบางกรณีหากเราเห็นสมควรว่าคำขอใช้สิทธิของท่านไม่สมเหตุสมผล (manifestly unfounded) หรือฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น (excessive) เราอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเพื่อการปฏิบัติตามคำขอดังกล่าว

9. ช่องทางการติดต่อบริษัท

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน หรือที่เกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวฉบับนี้ ท่านสามารถติดต่อเราได้ที่

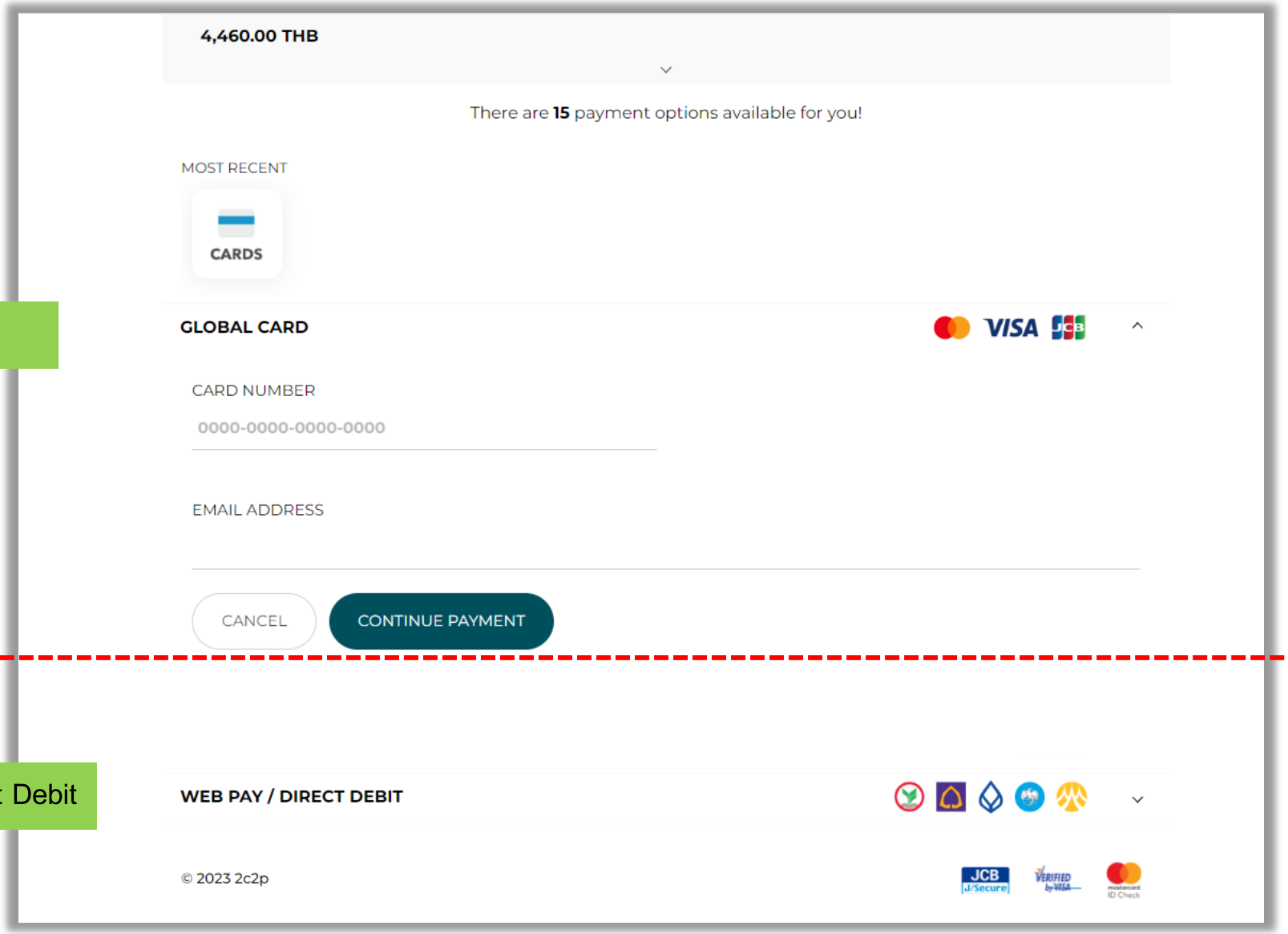
เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
บริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

อีเมล: dpo.ChubbLifeTH@chubb.com

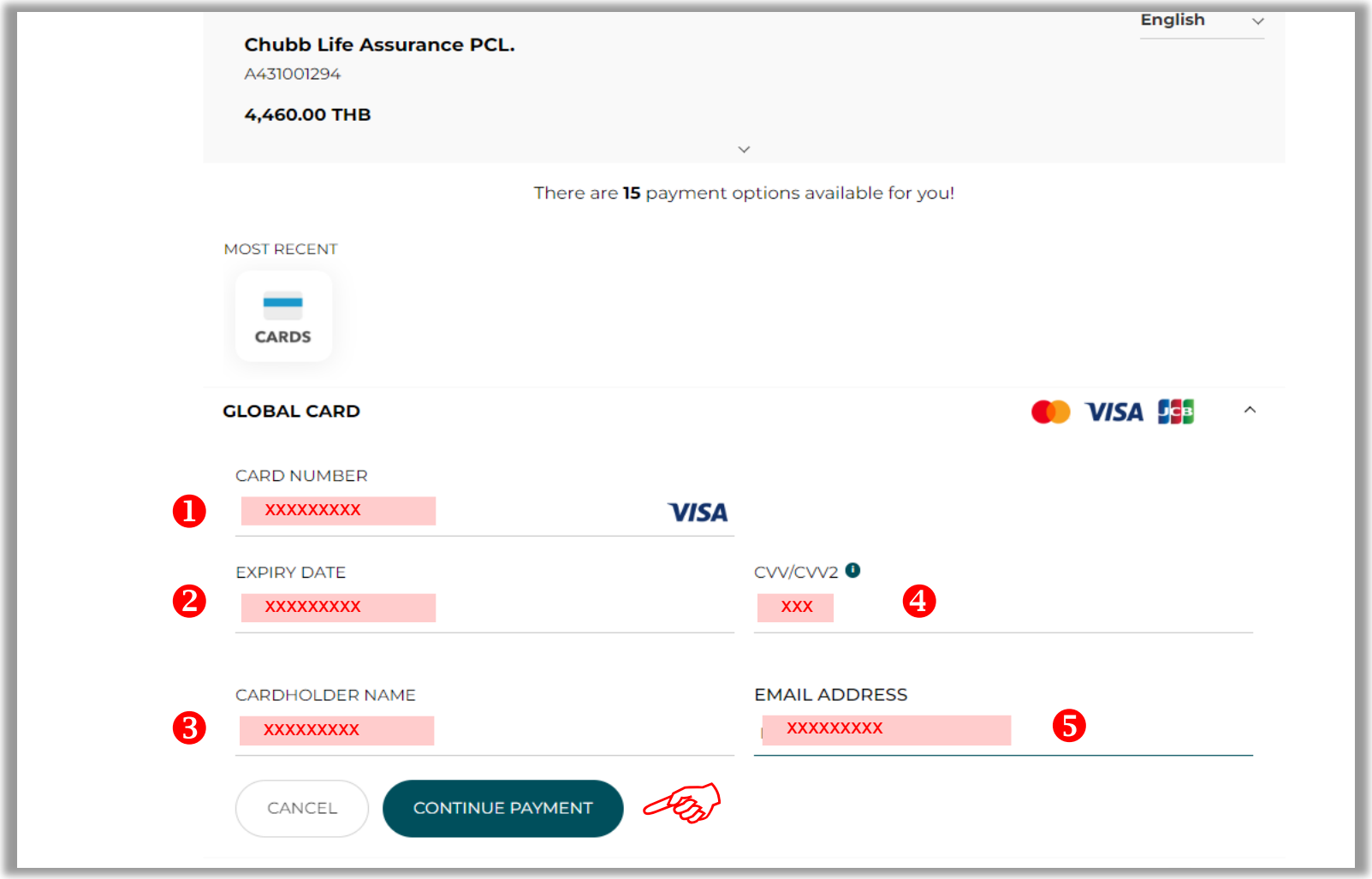

การชำระเงินปลอดภัยด้วยการเข้ารหัส SSL:
VISA
JCB
เรากำลังดำเนินการบันทึกใบคำขอเอาประกันภัยของคุณ โปรดอย่าปิดหน้าต่างเบราว์เซอร์หรือคลิกปุ่มย้อนกลับ
คำถามที่พบบ่อย
อ่านคำตอบจากคำถามที่พบบ่อย
CustomerCare.THLife@Chubb.com
ติดต่อทางอีเมล เจ้าหน้าที่ของเราจะติดต่อกลับคุณในไม่ช้า
โทร 1283
เวลาทำการ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8:30-17:00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)
ภาษา: ไทย
© 2023 บริษัท ชับบ์ ไลฟ์
เกี่ยวกับชับบ์
นโยบายความเป็นส่วนตัว
ข้อกำหนดการใช้งาน
บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เลขทะเบียนนิติบุคคล 0107555000431 สำนักงานใหญ่ 130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ชำระด้วยบัตรเครดิต

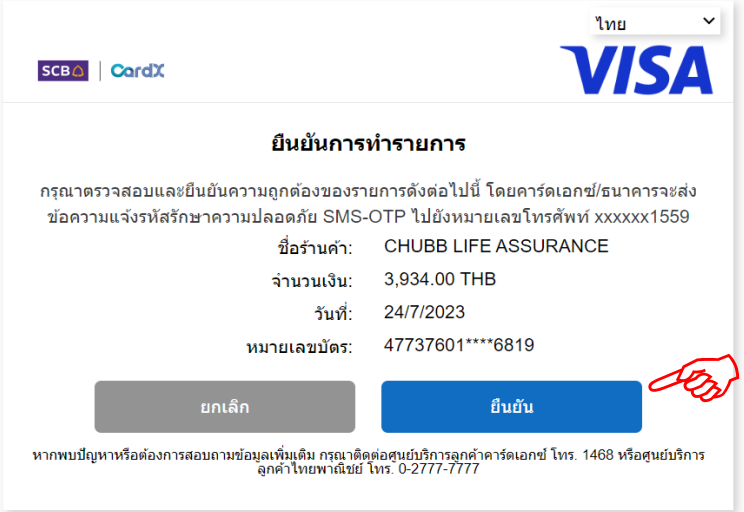
ชำระด้วย Web Pay /Direct Debit



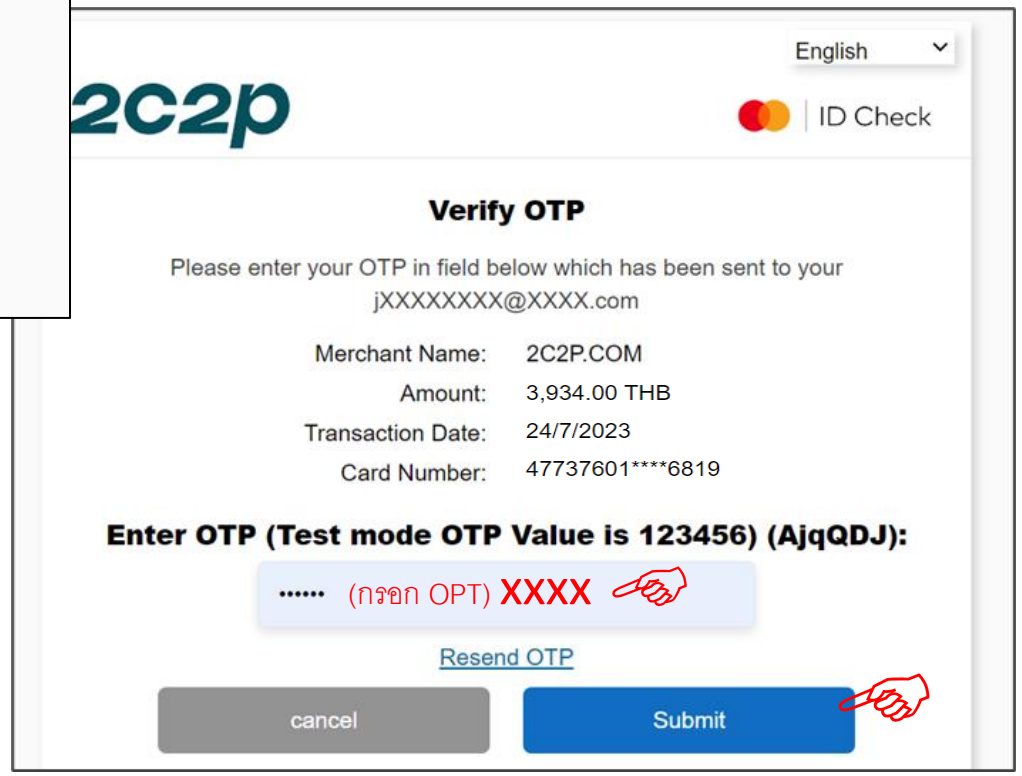
ชำระด้วยบัตรเครดิต



1


ไทย
SCB | CardX
VISA
ยืนยันการทำรายการ
กรุณาตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของรายการดังต่อไปนี้ โดยคาร์ดเอกซ์/ธนาคารจะส่งข้อความแจ้งรหัสรักษาความปลอดภัย SMS-OTP ไปยังหมายเลขโทรศัพท์ xxxxxx1559
ชื่อร้านค้า: CHUBB LIFE ASSURANCE
จำนวนเงิน: 3,934.00 THB
วันที่: 24/7/2023
หมายเลขบัตร: 47737601****6819
ยกเลิก
ยืนยัน
หากพบปัญหาหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อศูนย์บริการลูกค้าคาร์ดเอกซ์ โทร. 1468 หรือศูนย์บริการลูกค้าไทยพาณิชย์ โทร. 0-2777-7777

2


English
2C2P
ID Check
Verify OTP
Please enter your OTP in field below which has been sent to your jXXXXXXXX@XXXX.com
Merchant Name: 2C2P.COM
Amount: 3,934.00 THB
Transaction Date: 24/7/2023
Card Number: 47737601****6819
Enter OTP (Test mode OTP Value is 123456) (AjqQDJ):
••••••
(กรอก OPT) XXXX
Resend OTP
cancel
Submit

ชำระเงินสำเร็จ

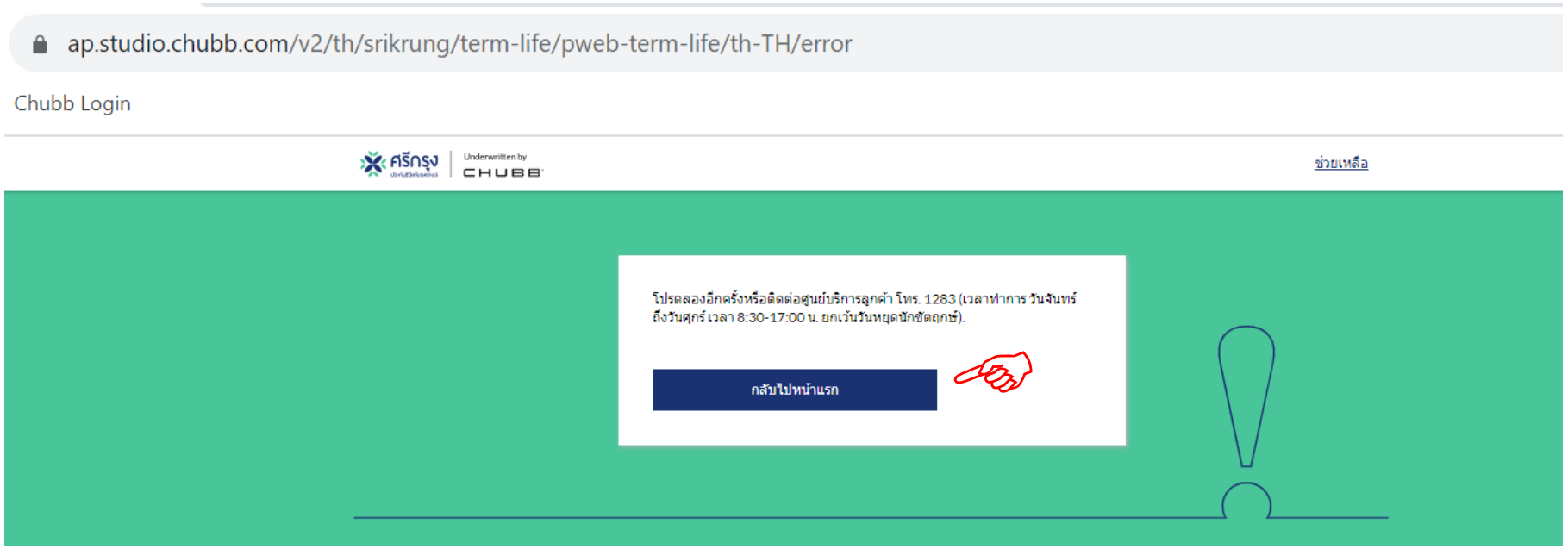
ขอบคุณที่เลือก ชับบ์ไลฟ์

คำขอเอาประกันของคุณ

คุณจะได้รับอีเมลและ SMS ซึ่งจะแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับคำขอเอาประกันของคุณในไม่ช้า

เลขที่คำขอ	A431000167
แบบประกันภัย	**คุ้มครองโรคร้ายแรง 10 โรค 5/5**
เบี้ยประกันภัยรวม	**฿2,224.00**
รอบการชำระเบี้ยประกันภัย	**รายปี**
วันที่ส่งคำขอ	12 ก.ค. 2023

กลับไปหน้าแรก



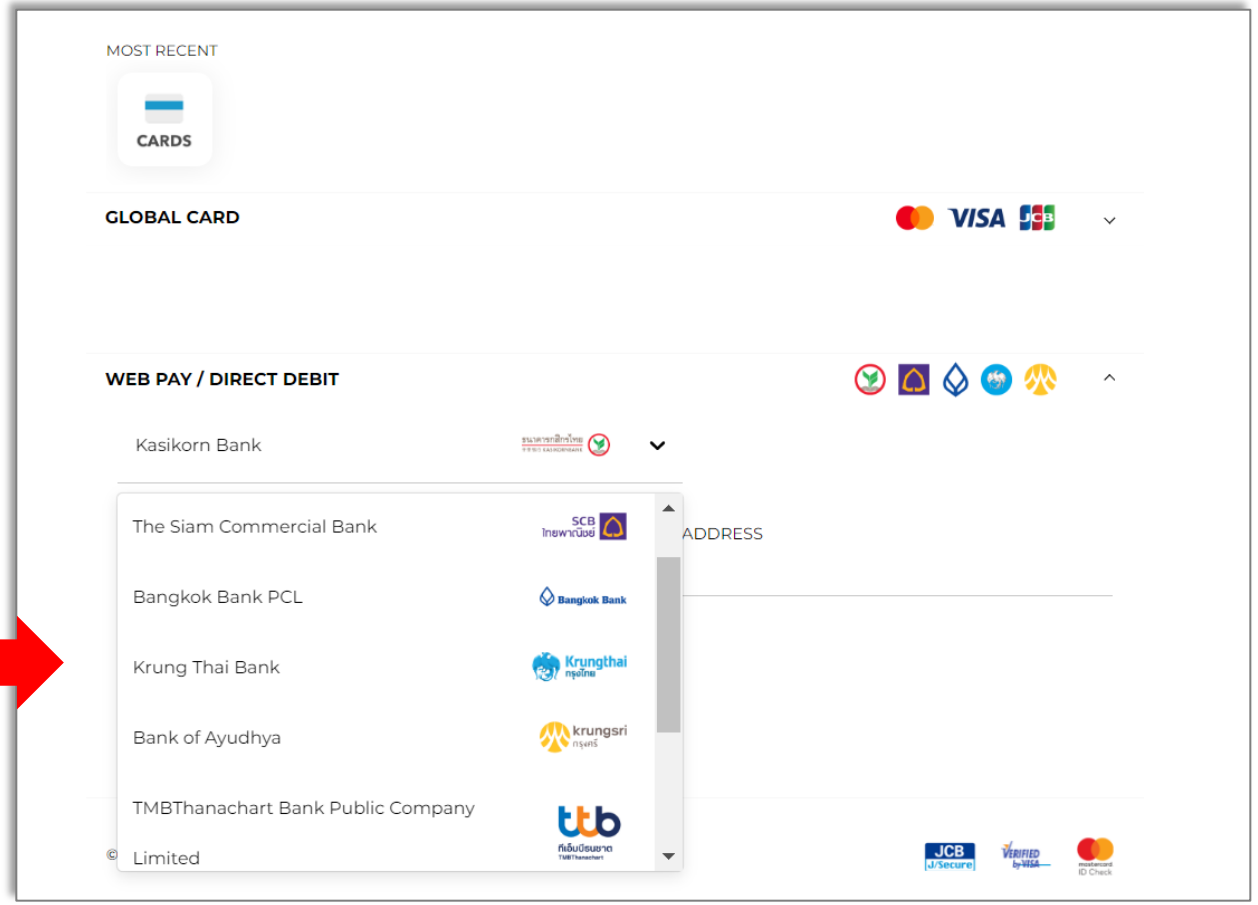
เกิดข้อผิดพลาด เช่น

- กรอกเลขบัตรประชาชนมีขีด (ไม่มีขีด)
- กรอกเลขหลังบัตรประชาชนมีขีด (ไม่มีขีด)
- หรือระบบเน็ตเวิร์คที่เชื่อมต่อกับ DOPA (ของกรมการปกครอง) ไม่เสถียร
- หรือมีจำนวนผู้ใช้ระบบจำนวนมากในเวลาเดียวกัน

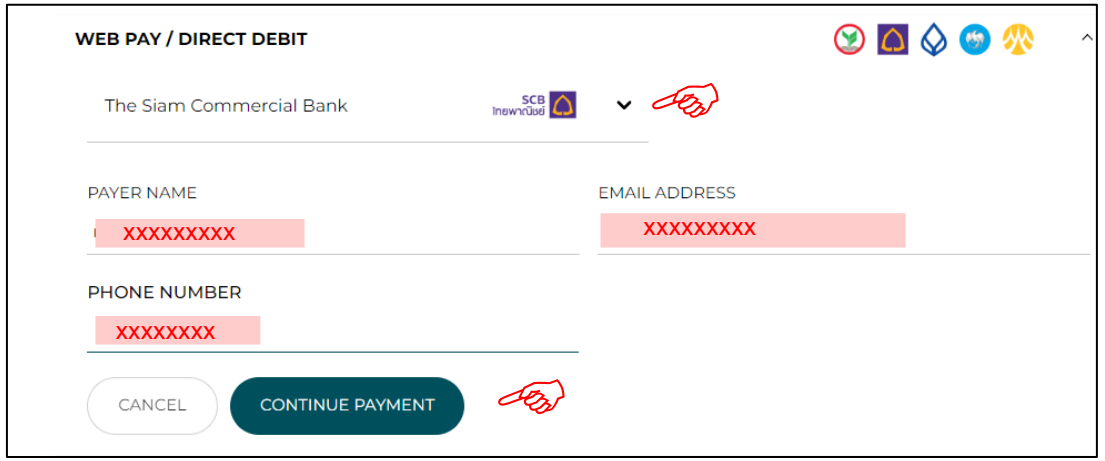
ชำระด้วย Web Pay / Direct Debit

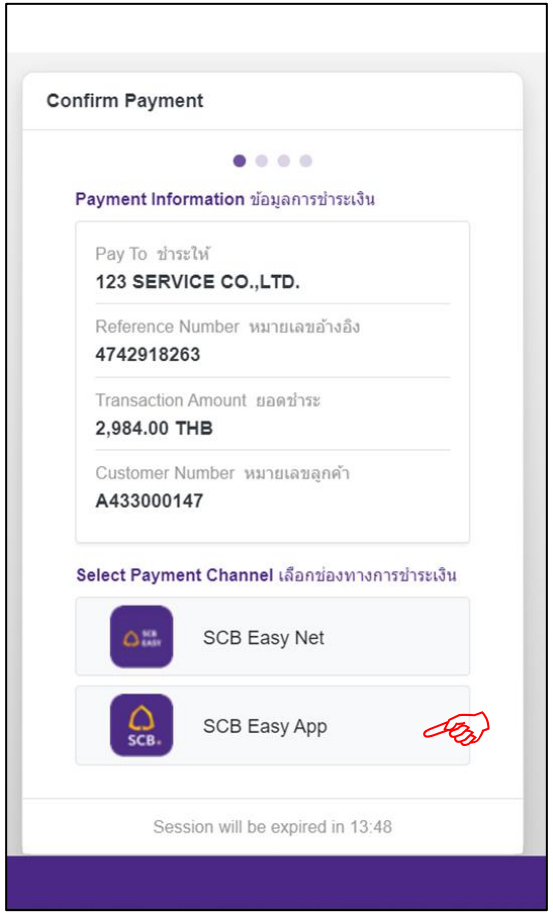
<u>Web Pay / Direct Debit</u>

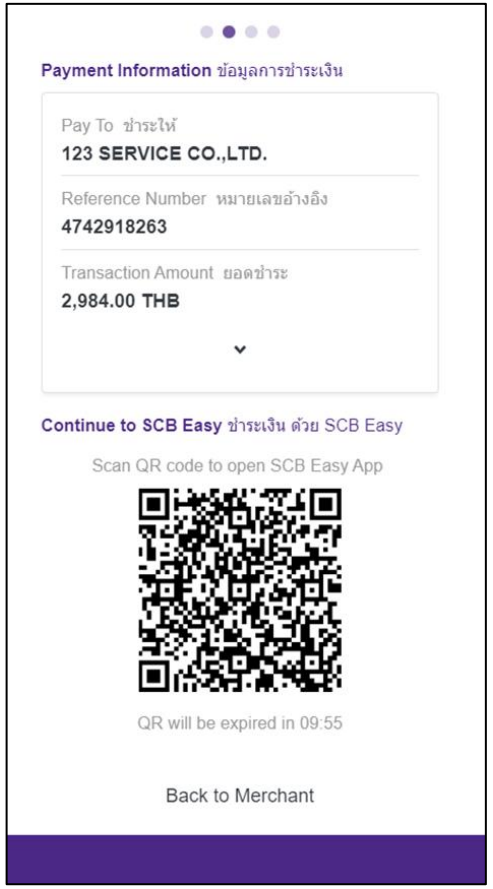
1. กสิกรไทย
2. ไทยพาณิชย์
3. กรุงเทพ
4. กรุงศรีอยุธยา
5. ทีเอ็มบีธนชาต
6. ยูโอบี



ชำระ Web Pay /Direct Debit : ตัวอย่าง ธนาคารไทยพาณิชย์

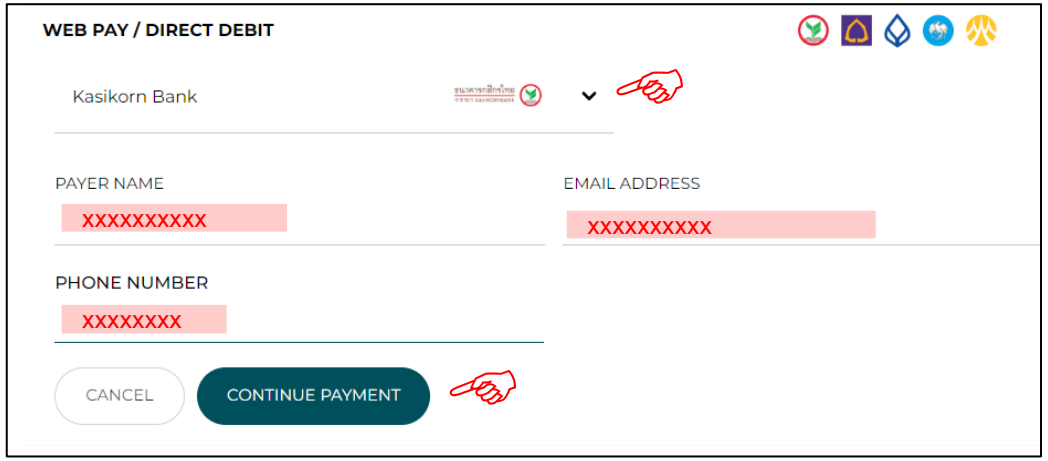


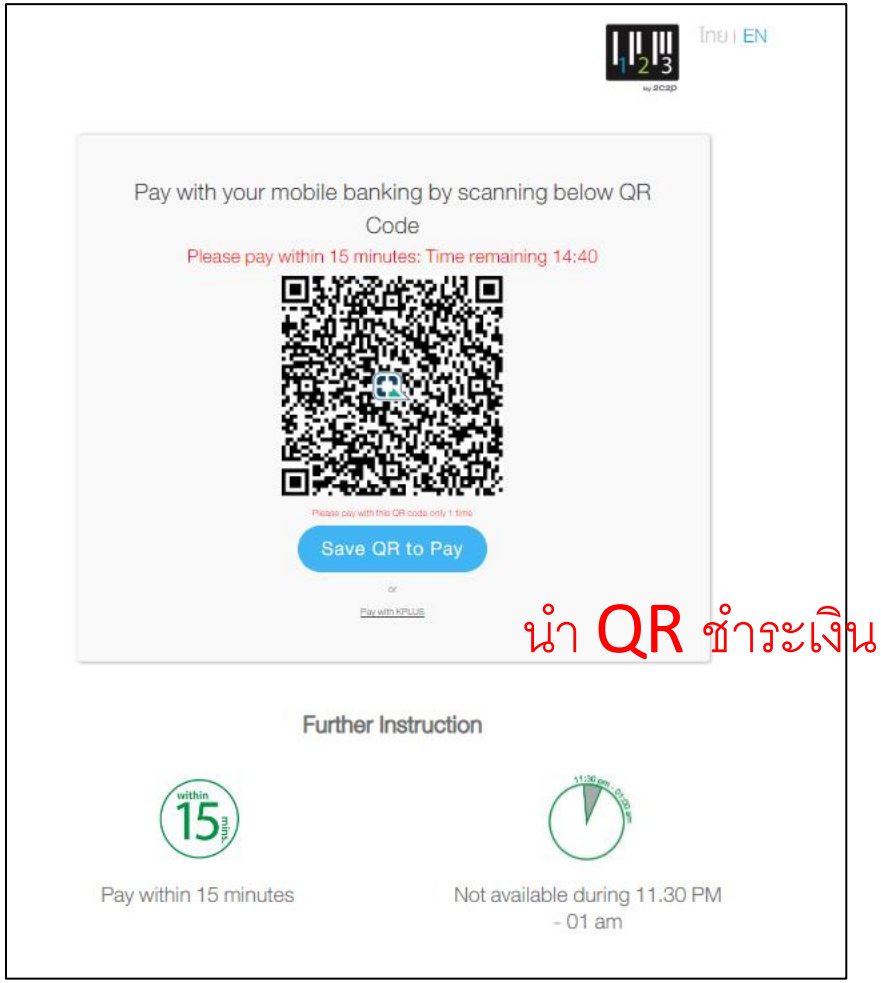




นำ QR ชำระเงิน

ชำระ Web Pay /Direct Debit : ตัวอย่าง ธนาคารกสิกรไทย

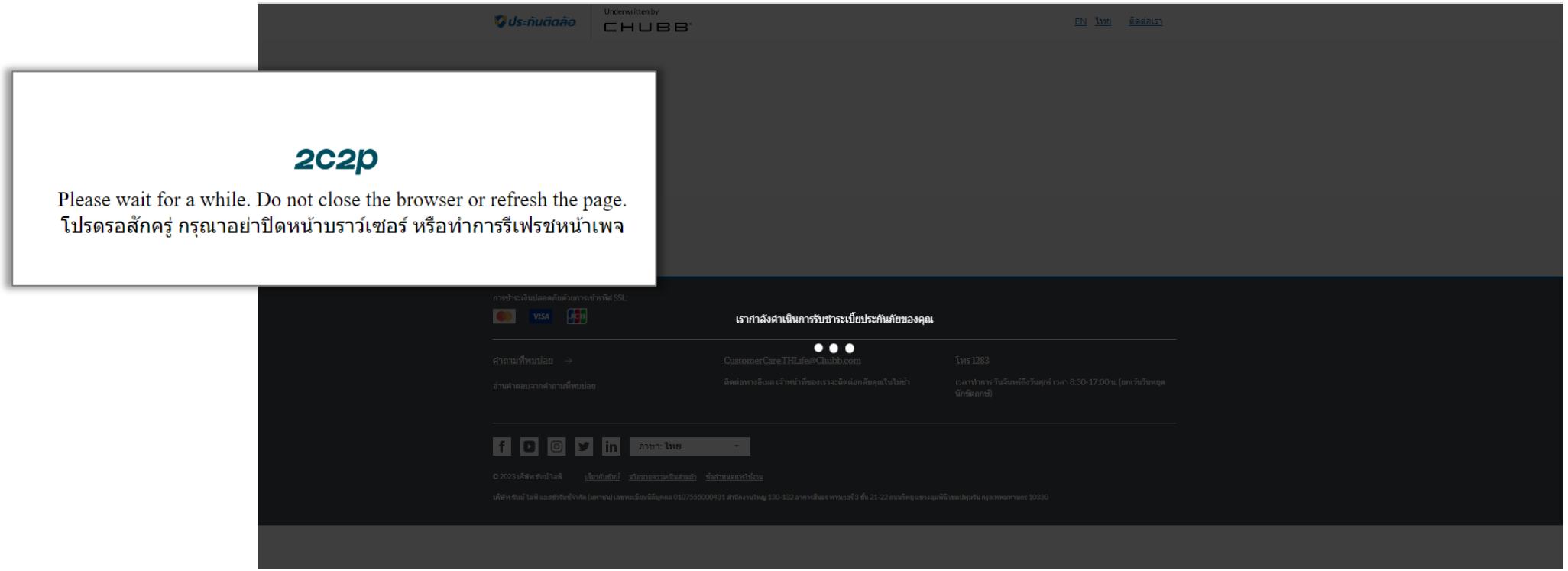




นำ QR ชำระเงิน

เอกสารนี้ใช้เพื่อประกอบการอบรมเท่านั้น

ระบบกำลังรับค่าเบี้ยประกันภัย



ชำระเงินสำเร็จ

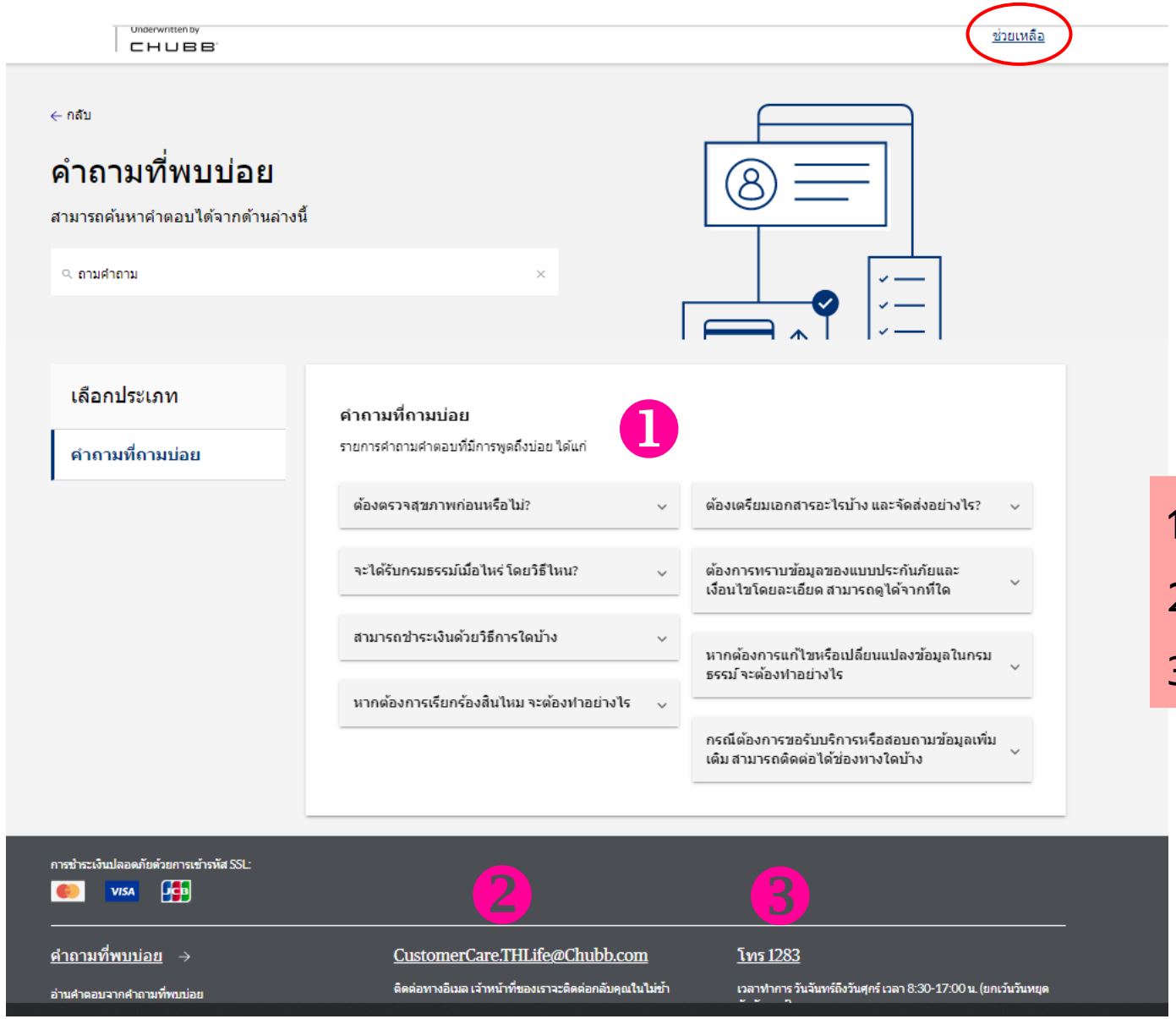
ขอบคุณที่เลือก ชับบ์ไลฟ์

คำขอเอาประกันของคุณ

คุณจะได้รับอีเมลและ SMS ซึ่งจะแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับคำขอเอาประกันของคุณในไม่ช้า

เลขที่คำขอ	A431000167
แบบประกันภัย	**คุ้มครองโรคร้ายแรง 10 โรค 5/5**
เบี้ยประกันภัยรวม	**B2,224.00**
รอบการชำระเบี้ยประกันภัย	**รายปี**
วันที่ส่งคำขอ	12 ก.ค. 2023

กลับไปหน้าแรก



1. คำถามที่พบบ่อย-คำตอบ
2. อีเมลติดต่อศูนย์ดูแลลูกค้าชับบ์ไลฟ์
3. โทรติดต่อศูนย์ดูแลลูกค้าชับบ์ไลฟ์

เอกสารที่ลูกค้าจะได้รับจากการซื้อสำเร็จ

1. อีเมลแจ้งการรับชำระเงิน
2. ใบเสร็จรับเงินชั่วคราว
3. ใบเสนอขาย
4. SMS แจ้งผลการพิจารณารับประกันภัย

❶ อีเมลแจ้งการรับชำระเงิน

[EXTERNAL] RECEIPT FOR YOUR PAYMENT TO Chubb Life Assurance PCL.

2C2P SERVICE <noreply@2c2p.com>
To XXXXXXXXXX

Reply | Reply All

Click here to download pictures. To help protect your privacy, Outlook prevented automatic download of some pictures in this message.

11-May-2023 03:20:25 PM
Transaction Receipt

XXXXXXXXXX

You made a payment of 4,460.00 THB to Chubb Life Assurance PCL.

Here are the details of your transaction

Merchant
Chubb Life Assurance PCL.

Transaction Details
Invoice Number: A433006753
Transaction Reference: 6497947
Transaction Date/Time : 11-May-2023 03:20:25 PM
Paid via: MasterCard 555555XXXXXX4444

Description		Amount
NB_Chubb_Studio		4,460.00 THB
	Total	4,460.00 THB

For further information and assistance please contact:
Chubb Life Assurance PCL.
Tel : 026156800
Email :

❷ ใบเสร็จรับเงินชั่วคราว

*เมื่อข้อมูลเข้าระบบบริษัทแล้ว ภายใน 1 วัน

CHUBB® Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 http://life.chubb.com/th

ใบรับเงินชั่วคราว

วันที่ 01 เดือน ธันวาคม ปี 2564 เลขที่ A412002715

(ต้นฉบับสำหรับลูกค้า)

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ได้รับเงินจาก ปิยะพรรณ วงศ์เสมา

เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยของผู้เอาประกันภัยชื่อ XXXXXXXXXX กับ **บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)**

สำหรับใบคำขอฯ/กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ A412002715 แบบประกันภัย แบบชั่วระยะเวลา 10 ปี (10TLDBK)

งวดการชำระราย [X] ปี [ ] 6 เดือน [ ] 3 เดือน [ ] เดือน จำนวนเงินเอาประกันภัย 100,000.00 บาท

สำหรับการรับชำระเบี้ยประกันภัยรายใหม่ตามเงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว
[x] เพื่อสมัครทำประกันชีวิต 2,740.00 บาท

สำหรับการรับชำระเบี้ยประกันภัยที่นอกเหนือจากเงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว
[ ] เพื่อชำระประกันภัยอุบัติเหตุ [ ] ปีแรก [ ] ปีต่ออายุ ครบกำหนดชำระวันที่
[ ] เบี้ยเพิ่มเติมในคำขอฯ รายใหม่ บาท [ ] คืนเงินสูงกว่ากรมธรรม์ ดอกเบี้ย บาท
[ ] งวดต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย บาท ครบกำหนดชำระวันที่ [ ] เบี้ยเปลี่ยนแปลง/ต่ออายุกรมธรรม์ บาท
[ ] คืนเงินกู้จ่ายอัตโนมัติ/ดอกเบี้ย บาท ครบกำหนดชำระวันที่ [ ] อื่นๆ ระบุ

ชำระโดย : [ ] เงินสด บาท
[ ] โอนเงิน บาท
[X] บัตรเครดิต 2,740.00 บาท
[ ] อื่นๆ

รวมจำนวนเงินที่ชำระทั้งสิ้น 2,740.00 บาท (สองพันเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) รหัสตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิต สาขา

ลงชื่อ (ผู้มีอำนาจรับเงิน)

หมายเหตุ :

1. ใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้ จะถือว่าสิ้นผลทันทีเมื่อบริษัทได้ออกใบรับเงินเบี้ยประกันภัยให้เป็นหลักฐานแล้วหรือบริษัทได้คืนเงินเบี้ยประกันภัยตามใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้แล้วกรณียกเลิก หรือบริษัทไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้
2. ในกรณีที่มีการชำระเบี้ยประกันภัยตามใบรับเงินชั่วคราวฉบับนี้ ในขณะที่กรมธรรม์ประกันภัยขาดอายุหรือเปลี่ยนเป็นกรมธรรม์ใช้เงินสำเร็จ หรือกรมธรรม์ขยายเวลาจะไม่มีผลให้กรมธรรม์ประกันภัยกลับมีผลบังคับอีกครั้ง

ข้อแนะนำ 1. หากท่านไม่ได้รับใบเสร็จรับเงินเบี้ยประกันภัยภายใน 30 วันนับแต่วันที่บนใบรับเงินชั่วคราว โปรดติดต่อศูนย์ดูแลลูกค้า โทรศัพท์ 1283

ตัวอย่าง ใบเสร็จรับเงินชั่วคราว

เงื่อนไขมาตรฐานของใบรับเงินชั่วคราว (สำหรับการรับเบี้ยประกันภัยรายใหม่)

1. วันที่เริ่มต้นและสิ้นสุดความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราว

1) กรณีที่ไม่ต้องตรวจสุขภาพและเป็นภัยมาตรฐาน จะเริ่มคุ้มครอง ณ เวลาที่ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบคำขอเอาประกันชีวิตและตัวแทนประกันชีวิตและหรือผู้มีอำนาจรับชำระเบี้ยประกันภัยในนามบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นเงินสด เช็ค หรือตราสารอื่นๆ ที่เรียกเก็บเงินได้ทันทีให้เรียบร้อยแล้ว สุดแต่ว่าวันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด โดยบริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันภัยให้เริ่มมีผลคุ้มครองวันเดียวกันกับวันเริ่มคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้

เมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัย ความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นอันสิ้นสุด

2) กรณีที่ไม่ต้องตรวจสุขภาพ แต่บริษัทต้องขอข้อมูลหรือต้องตรวจสุขภาพเพิ่มเติม แบ่งเป็น

ก) บริษัทรับประกันชีวิตได้ โดยคิดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เป็นมาตรฐาน จะเริ่มคุ้มครอง ณ เวลาที่ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบคำขอเอาประกันชีวิตและตัวแทนประกันชีวิตและหรือผู้มีอำนาจรับชำระเบี้ยประกันภัยในนามบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นเงินสด เช็ค หรือตราสารอื่นๆ ที่ใช้เรียกเก็บเงินได้ทันทีให้เรียบร้อยแล้ว สุดแต่ว่าวันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด โดยบริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันภัยให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาที่บริษัทและหรือตัวแทนประกันชีวิตได้รับข้อมูลเพิ่ม หรือวันที่ผู้ขอเอาประกันภัยตรวจสุขภาพ

เมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัย ความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นอันสิ้นสุด

ข) บริษัทรับประกันชีวิตได้ แต่ต้องคิดอัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มเนื่องจากสุขภาพ หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย ใบรับเงินชั่วคราวนี้จะเริ่มคุ้มครอง ณ เวลาที่ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อในใบคำขอเอาประกันชีวิต และตัวแทนประกันชีวิตและหรือผู้มีอำนาจรับชำระเบี้ยประกันภัยในนามบริษัทได้รับเงินเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นเงินสด เช็ค หรือตราสารอื่นๆ ที่ใช้เรียกเก็บเงินได้ทันทีให้เรียบร้อยแล้ว สุดแต่ว่าวันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด และความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราวนี้จะสิ้นสุด ณ เวลาที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้รับคำเสนอใหม่

หากผู้ขอเอาประกันภัยตกลงรับคำเสนอใหม่ของบริษัท บริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันภัยให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือบริษัทได้รับคำสนองจากผู้ขอเอาประกันภัย

ค) บริษัทต้องตรวจสุขภาพ ใบรับเงินชั่วคราวเป็นเพียงหลักฐานการรับชำระเบี้ยประกันภัย ไม่มีความคุ้มครองใดๆ เกิดขึ้น แต่ความคุ้มครองจะเกิดขึ้นตามกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทออกให้ โดยหากตรวจสุขภาพ กรณีบริษัทเรียกให้ตรวจสุขภาพ หรือขอเอกสารตรวจสุขภาพ กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมีข้อมูลสุขภาพแล้ว

ง) บริษัทรับประกันชีวิตได้ โดยคิดอัตราเบี้ยประกันภัยที่เป็นมาตรฐาน บริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาตรวจสุขภาพหรือรับเอกสารตรวจสุขภาพ

จ) บริษัทรับประกันชีวิตได้ โดยต้องคิดอัตราเบี้ยประกันภัยเพิ่มเนื่องจากสุขภาพ หรือขอเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัยตกลงรับคำเสนอใหม่ของบริษัท บริษัทจะออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยให้เริ่มมีผลคุ้มครอง ณ เวลาที่ตัวแทนประกันชีวิต หรือบริษัทได้รับคำสนองจากผู้ขอเอาประกันภัย

ทั้งนี้ ในกรณีที่บริษัทไม่อาจรับประกันชีวิตได้ด้วยเหตุผลของการพิจารณารับประกันภัย หรือด้วยข้อจำกัดของกฎหมาย จะไม่มีความคุ้มครองใดๆ ตามใบรับเงินชั่วคราวนี้ โดยบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้ขอเอาประกันภัย

2. การพิจารณารับประกันสัญญาเพิ่มเติม

การพิจารณารับประกันภัยตามสัญญาเพิ่มเติมต่างๆ ที่ขอเอาประกันภัยไว้ รวมทั้งจำนวนเงินเอาประกันภัย และอัตราเบี้ยประกันภัยจะเป็นไปตามระเบียบและวิธีปฏิบัติในการพิจารณารับประกันภัยโดยปกติของบริษัท จะไม่กระทบถึงการรับประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยหลัก

3. ความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราว

1) สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยให้ความคุ้มครองกรณีเสียชีวิตทุกกรณีโดยจะจ่ายจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย แต่ไม่เกิน 500,000.-บาท

2) สำหรับสัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (ถ้ามี) ให้ความคุ้มครองตามที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยและจ่ายไม่เกิน ดังนี้

ก) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	จ่ายไม่เกิน 500,000.- บาท
ข) การสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ	จ่ายไม่เกิน 250,000.- บาท
ค) การทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	จ่ายไม่เกิน 250,000.- บาท
ง) ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ	จ่ายไม่เกิน 50,000. - บาท
จ) เงินชดเชยรายสัปดาห์ในกรณีทุพพลภาพชั่วคราว	จ่ายไม่เกิน 10,000. - บาท

ทั้งนี้ เมื่อรวมเงินผลประโยชน์ของทุกใบคำขอเอาประกันภัยที่ออยู่ในระหว่างพิจารณารับประกันภัยของบริษัทนี้แล้ว บริษัทจะจ่ายไม่เกิน 2,000,000.- บาท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยในส่วนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามลำดับวันที่ในใบคำขอเอาประกันภัย

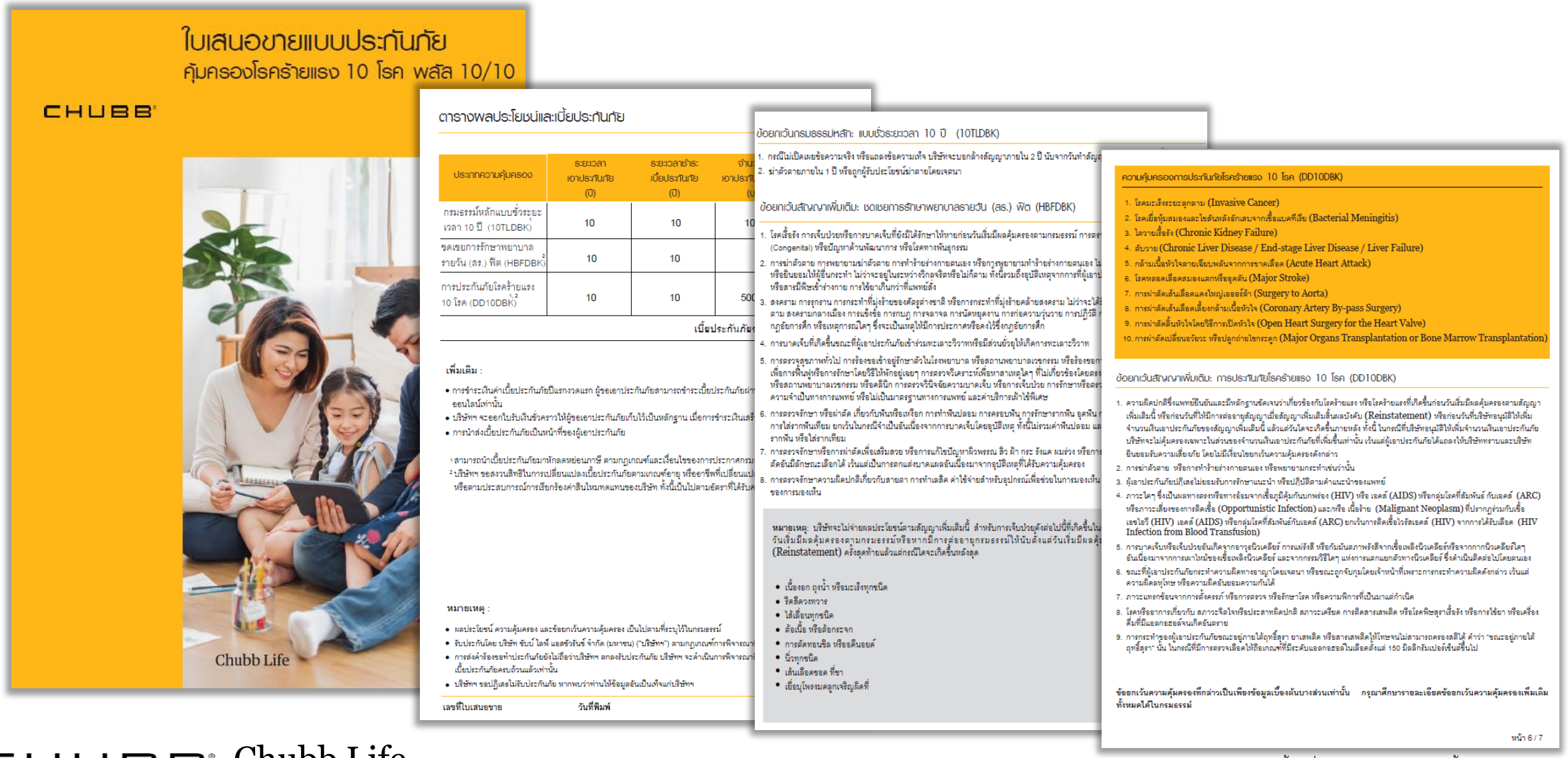
ในช่วงเวลาตั้งแต่วันเริ่มต้นความคุ้มครองตามใบรับเงินชั่วคราว จนถึงเวลาที่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัย ให้นำเงื่อนไขทั่วไปแห่งกรมธรรม์ประกันภัย และสัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (ถ้ามี) มาใช้บังคับด้วย

4. ระยะเวลาในการพิจารณารับประกันภัย

บริษัทจะพิจารณาออกกรมธรรม์ประกันภัยให้ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ตัวแทนประกันชีวิตและหรือผู้มีอำนาจรับชำระเบี้ยประกันภัยในนามบริษัท ได้รับใบคำขอเอาประกันชีวิตและเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นเงินสด เช็ค หรือตราสารอื่นๆ ที่ใช้เรียกเก็บเงินได้ทันทีให้เรียบร้อยแล้ว หากบริษัทมีได้ออกกรมธรรม์ประกันภัย หรือมีได้ปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือมีได้แจ้งเหตุขัดข้องภายในเวลาที่กำหนดให้ถือว่าบริษัทตกลงยอมรับประกันภัยตามแบบประกันภัยที่ขอให้ ทั้งนี้ จะต้องเป็นแบบประกันภัยตามปกติซึ่งบริษัทได้ออกในวันที่ดังนามในใบคำขอเอาประกันภัยโดยให้มีผลบังคับตามวันที่ที่ระบุในข้อ 1. ข้างต้น

กรณีที่บริษัทต้องขอข้อมูล หรือต้องตรวจสุขภาพเพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย บริษัทจะพิจารณาออกกรมธรรม์ประกันภัยให้ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ตัวแทนประกันชีวิตและหรือผู้มีอำนาจรับชำระเบี้ยประกันภัยในนามบริษัท ได้รับใบคำขอเอาประกันชีวิตและเบี้ยประกันภัยตามจำนวนที่ระบุไว้ในใบรับเงินชั่วคราวนี้เป็นเงินสด เช็ค หรือตราสารอื่นๆ ที่ใช้เรียกเก็บเงินได้ทันทีให้เรียบร้อยแล้ว โดยไม่รวมช่วงเวลาที่ผู้ขอเอาประกันภัยให้ข้อมูลสุขภาพ และเงื่อนไขข้อเสนอใหม่ (ถ้ามี)

❸ ใบเสนอขาย



ใบเสนอขายแบบประกันภัย
คุ้มครองโรคร้ายแรง 10 โรค พลัส 10/10

CHUBB

Chubb Life

ตารางผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ประเภทความคุ้มครอง	ระยะเวลาเอาประกันภัย (ปี)	ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัย (ปี)	จำนวนเอาประกันภัย (บ
กรมธรรม์หลักแบบชั่วระยะเวลา 10 ปี (10TLDBK)[1]	10	10	10
ชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) ฟิต (HBFDBK)[2]	10	10	
การประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค (DD10DBK)[1,2]	10	10	500

เบี้ยประกันภัย

เพิ่มเติม :

- การชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยปีแรกงวดแรก ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถชำระเบี้ยประกันภัยผ่า ออนไลน์เท่านั้น
- บริษัทฯ จะออกใบรับเงินชั่วคราวให้ผู้ขอเอาประกันภัยเก็บไว้เป็นหลักฐาน เมื่อการชำระเงินเสร็
- การนำส่งเบี้ยประกันภัยเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัย

[1] สามารถนำเบี้ยประกันภัยมาหักลดหย่อนภาษี ตามกฎเกณฑ์และเงื่อนไขของการประกาศกรม
[2] บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกันภัยตามเกณฑ์อายุ หรืออาชีพที่เปลี่ยนแป หรือตามประสบการณ์การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของบริษัท ทั้งนี้เป็นไปตามอัตราที่ได้รับค

หมายเหตุ :

- ผลประโยชน์ ความคุ้มครอง และข้อยกเว้นความคุ้มครอง เป็นไปตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์
- รับประกันโดย บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ตามกฎเกณฑ์การพิจารณา
- การส่งคำร้องขอทำประกันภัยยังไม่ถือว่าบริษัทฯ ตกลงรับประกันภัย บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณา เบี้ยประกันภัยครบถ้วนแล้วเท่านั้น
- บริษัทฯ ขอปฏิเสธไม่รับประกันภัย หากพบว่าท่านให้ข้อมูลอันเป็นเท็จแก่บริษัทฯ

เลขที่ใบเสนอขาย วันที่พิมพ์

ข้อยกเว้นกรมธรรม์หลัก: แบบชั่วระยะเวลา 10 ปี (10TLDBK)

1. กรณีไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จ บริษัทจะบอกล้างสัญญาภายใน 2 ปี นับจากวันทำสัญ
2. ฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี หรือถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตายโดยเจตนา

ข้อยกเว้นสัญญาเพิ่มเติม: ชดเชยการรักษาพยาบาลรายวัน (สร.) ฟิต (HBFDBK)

1. โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่ยังมิได้รักษาให้หายก่อนวันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์ การตร (Congenital) หรือปัญหาด้านพัฒนาการ หรือโรคทางพันธุกรรม
2. การฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเอง หรือกรูพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง ไม่ หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำ ไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างวิกลจริตหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้รวมถึงอุบัติเหตุจากการที่ผู้เอาป หรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง
3. สงคราม การรุกราน การกระทำที่มุ่งร้ายของศัตรูต่างชาติ หรือการกระทำที่มุ่งร้ายคล้ายสงคราม ไม่ว่าจะได้ ตาม สงครามกลางเมือง การแข็งข้อ การกบฏ การจลาจล การนัดหยุดงาน การก่อความวุ่นวาย การปฏิวัติ กฎอัยการศึก หรือเหตุการณ์ใดๆ ซึ่งจะเป็นเหตุให้มีการประกาศหรือคงไว้ซึ่งกฎอัยการศึก
4. การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนยั่วยุให้เกิดการทะเลาะวิวาท
5. การตรวจสุขภาพทั่วไป การร้องขอเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือร้องขอก เพื่อการฟื้นฟูหรือการรักษาโดยวิธีให้พักอยู่เฉยๆ การตรวจวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุใดๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตร หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก การตรวจวินิจฉัยความบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย การรักษาหรือตร ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์ และค่าบริการเฝ้าไข้พิเศษ
6. การตรวจรักษา หรือผ่าตัด เกี่ยวกับฟันหรือเหงือก การทำฟันปลอม การครอบฟัน การรักษารากฟัน อุดฟัน การใส่รากฟันเทียม ยกเว้นในกรณีจำเป็นอันเนื่องจากการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ ทั้งนี้ไม่รวมค่าฟันปลอม แล รากฟัน หรือใส่รากเทียม
7. การตรวจรักษาหรือการผ่าตัดเพื่อเสริมสวย หรือการแก้ไขปัญหาผิวพรรณ สิว ฝ้า กระ รังแค ผมร่วง หรือการ ตัดอันมีลักษณะเลือกได้ เว้นแต่เป็นการตกแต่งบาดแผลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่ได้รับความคุ้มครอง
8. การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิค ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เพื่อช่วยในการมองเห็น ของการมองเห็น

หมายเหตุ: บริษัทจะไม่จ่ายผลประโยชน์ตามสัญญาเพิ่มเติมนี้ สำหรับการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นใน วันเริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์หรือหากมีการต่ออายุกรมธรรม์ให้นับตั้งแต่วันเริ่มมีผลคุ้ (Reinstatement) ครั้งสุดท้ายแล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นหลังสุด

- เนื้องอก ถุงน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด
- ริดสีดวงทวาร
- ไส้เลื่อนทุกชนิด
- ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก
- การตัดทอนชิด หรืออดีนอยด์
- นิ่วทุกชนิด
- เส้นเลือดขอด ที่ขา
- เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่

ความคุ้มครองการประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค (DD10DBK)

1. โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive Cancer)
2. โรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Meningitis)
3. ไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Failure)
4. ตับวาย (Chronic Liver Disease / End-stage Liver Disease / Liver Failure)
5. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด (Acute Heart Attack)
6. โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน (Major Stroke)
7. การผ่าตัดเส้นเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า (Surgery to Aorta)
8. การผ่าตัดเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary Artery By-pass Surgery)
9. การผ่าตัดลิ้นหัวใจโดยวิธีการเปิดหัวใจ (Open Heart Surgery for the Heart Valve)
10. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ หรือปลูกถ่ายไขกระดูก (Major Organs Transplantation or Bone Marrow Transplantation)

ข้อยกเว้นสัญญาเพิ่มเติม: การประกันภัยโรคร้ายแรง 10 โรค (DD10DBK)

1. ความผิดปกติซึ่งแพทย์ยืนยันและมีหลักฐานชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรง หรือโรคร้ายแรงที่เกิดขึ้นก่อนวันเริ่มมีผลคุ้มครองตามสัญญาเพิ่มเติมนี้ หรือก่อนวันที่ให้มีการต่ออายุสัญญาเมื่อสัญญาเพิ่มเติมสิ้นผลบังคับ (Reinstatement) หรือก่อนวันที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัยของสัญญาเพิ่มเติมนี้ แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นภายหลัง ทั้งนี้ ในกรณีที่บริษัทอนุมัติให้เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย บริษัทจะไม่คุ้มครองเฉพาะในส่วนของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น เว้นแต่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงให้บริษัททราบและบริษัทยินยอมรับความเสี่ยงภัย โดยไม่มีเงื่อนไขยกเว้นความคุ้มครองดังกล่าว
2. การฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง หรือพยายามกระทำเช่นว่านั้น
3. ผู้เอาประกันภัยปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษาแนะนำ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
4. ภาวะใดๆ ซึ่งเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากเชื้อภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) หรือ เอดส์ (AIDS) หรือกลุ่มโรคที่สัมพันธ์ กับเอดส์ (ARC) หรือภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อ (Opportunistic Infection) และ/หรือ เนื้อร้าย (Malignant Neoplasm) ที่ปรากฏร่วมกับเชื้อเอชไอวี (HIV) เอดส์ (AIDS) หรือกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับเอดส์ (ARC) ยกเว้นการติดเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) จากการได้รับเลือด (HIV Infection from Blood Transfusion)
5. การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอันเกิดจากอาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และจากกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินติดต่อไปโดยตนเอง
6. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกระทำความผิดทางอาญาโดยเจตนา หรือขณะถูกจับกุมโดยเจ้าหน้าที่เพราะการกระทำความผิดดังกล่าว เว้นแต่ความผิดลหุโทษ หรือความผิดอันยอมความกันได้
7. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ หรือการตรวจ หรือรักษาโรค หรือความพิการที่เป็นมาแต่กำเนิด
8. โรคหรืออาการเกี่ยวกับ สภาวะจิตใจหรือประสาทผิดปกติ สภาวะเครียด การติดสารเสพติด หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือการใช้ยา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จนเกิดอันตราย
9. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา ยาเสพติด หรือสารเสพติดให้โทษจนไม่สามารถควบคุมสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

ข้อยกเว้นความคุ้มครองที่กล่าวเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นบางส่วนเท่านั้น กรุณาศึกษารายละเอียดข้อยกเว้นความคุ้มครองเพิ่มเติมทั้งหมดได้ในกรมธรรม์

หน้า 6 / 7

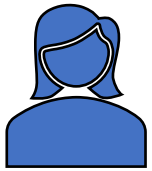
❹ SMS แจ้งผลการพิจารณารับประกัน (2-3 วัน นับแต่วันซื้อสำเร็จ)

☑ รับประกัน	ส่งมอบกรมธรรม์ • ทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านอีเมล • ทางไปรณีย์ แบบกระดาษ
☒ ปฏิเสธรับประกัน	ส่งจดหมายพร้อมเช็คคืนค่าเบี้ยประกัน ภายใน 3-5 วัน นับแต่วันที่บริษัท พิจารณาปฏิเสธการรับประกัน (ตามที่อยู่ที่ติดต่อได้)

ระยะเวลาพิจารณารับประกัน
และส่งมอบกรมธรรม์

ระยะเวลาการพิจารณารับประกันและส่งมอบกรมธรรม์

ลูกค้า



10-15 นาที

Chubb Life

2-3 วัน

ที่	ขั้นตอน	โดย	ระยะเวลาดำเนินการ โดยประมาณ *
1	เตรียมข้อมูลและบันทึกคำขอเอาประกัน • ระบุข้อมูลส่วนตัว เลือกแบบประกัน • แนบรูปถ่าย รูปบัตรประชาชน รับรหัส OTP • ตรวจสอบข้อมูล และยืนยันการทำประกัน • ชำระเงินผ่านบัตรเครดิต/บัตรเดบิต/Webpay	ลูกค้า	10 – 15 นาที
2	รับข้อมูลเข้าระบบ back office • ข้อมูลคำขอเอาประกัน • ข้อมูลชำระค่าเบี้ยประกัน	ระบบ	1 – 2 นาที
3	ออกเอกสารยืนยันชำระเบี้ยและใบเสร็จรับเงินชั่วคราว ไปยัง email ลูกค้า	ระบบ	2 -5 นาที
4	**ตรวจสอบเอกสารและพิจารณารับประกัน**	ฝ่าย UW	**1-2 วัน**
5	แจ้งผลพิจารณา **รับ/ปฏิเสธ ผ่านทาง SMS**	ระบบ	ณ วันเที่ฝ่าย UW บันทึกผลพิจารณา
6	จัดเตรียมกรมธรรม์ และตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่าย UW	2-3 วัน
7.1	จัดส่งกรมธรรม์แบบ electronic	ระบบ	15 นาที
7.2	จัดส่งกรมธรรมธรรม์ทางไปรษณีย์	ฝ่าย UW	1-3 วัน

*สำหรับลูกค้ากรณีทั่วไปที่ไม่ติดข้อขัดข้องใดๆ

การยกเลิกกรมธรรม์ประกันชีวิต

เมื่อบริษัทประกันได้ออกและส่งมอบเล่มกรมธรรม์ให้แล้ว

กรมธรรม์
ประกันภัย

หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยด้วยเหตุผลใดก็ตาม
ผู้เอาประกันภัยสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัท

- ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท (Free Look Period)
  โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าดำเนินการ ออกเล่มกรมธรรม์ 500 บาท และค่าใช้จ่ายอื่น (กรณีมี)
- หากพ้น 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท
  บริษัทจะคืนจำนวนเงินตามมูลค่าเวนคืน

การเบิกเคลมค่าสินไหมทดแทน

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว, ค่ารักษาพยาบาล , ค่าชดเชยรายวัน, สูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุ

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
2. ใบรายงานของแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตามแบบฟอร์มของบริษัท (กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุสามารถใช้ใบรายงานแพทย์ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทดแทนได้)
3. ฟิล์มเอ็กซเรย์หรือใบอ่านผลฟิล์ม กรณีกระดูกแตกหักหรือสูญเสียอวัยวะ (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ และใบสรุปหน้างบ (กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ)
6. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีจากตำรวจ (ถ้ามี)
7. เอกสารอื่นๆ เช่น ใบลางาน (ถ้ามี)

2. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
2. ใบรายงานของแพทย์ผู้ตรวจรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัท)
3. สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
4. เอกสารประกอบอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ฟิล์มเอ็กซเรย์, ภาพถ่ายอาการปัจจุบัน, สำเนาประวัติการรักษา

3. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีมรณกรรม

1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรณกรรม พร้อมลงลายมือชื่อของผู้รับประโยชน์ทุกคน (ส่วนที่ 1)
2. ต้นฉบับใบมรณบัตร พร้อมสำเนา (รับรองสำเนาถูกต้อง) กรณีไม่สามารถนำต้นฉบับมาแสดงได้ให้นายทะเบียนรับรองสำเนา
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ที่มีการจำหน่าย "**ตาย**" พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ทุกคน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
7. หนังสือยินยอมของผู้รับประโยชน์ หรือทายาท ในการเปิดเผยประวัติการรักษา (ตามแบบฟอร์มของบริษัท)
8. ใบรายงานแพทย์ กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
9. เอกสารอื่นๆ เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตหรือผู้รับประโยชน์, สำเนาสูติบัตรกรณีผู้เยาว์เป็นผู้รับประโยชน์และยังไม่มีบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้รับประโยชน์เป็นคู่สมรสของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)
10. กรมธรรม์ประกันชีวิต / ใบรับรองการเอาประกันภัย (กรณีสูญหายใช้ใบแจ้งความเอกสารหายแทน)

หมายเหตุ : การรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ ต้องทำาโดยผู้รับประโยชน์ หรือผู้ปกครองของผู้รับประโยช น์หากผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์

กรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ เช่น จากอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ถูกสัตว์ทำาร้าย หรือไม่ปรากฏสาเหตุต้องมีเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

1. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ
2. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพที่รับรองสำเนาถูกต้องจากตำรวจ
3. รายงานการตรวจศพ กรณีที่มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ถ้ามี)

เคลมชดเชยรายวัน

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม
- รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
- สำเนาใบเสร็จรับเงิน

เคลมโรคร้ายแรง

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม
- รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
- สำเนาประวัติการรักษาของโรคที่เรียกร้อง
- สำเนาบัตรประชาชน (กรณีมี)

การจ่ายเคลม

- กรณียังไม่เสียชีวิต : โอนเงิน /เช็ค/ดร๊าฟ
- กรณีเสียชีวิต : เช็ค/ดร๊าฟ

สอบถามเกี่ยวกับการเคลมค่าสินไหม

ศูนย์ดูแลลูกค้าชับบ์ โทร.1283

ฝ่ายสินไหมประกันชีวิต
บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 22 เลขที่ 130-132
ถ.วิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

Q
A

CHUBB®

Thank you