



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง (ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)

- ราชบุคคล (ส่วน ก.)
- แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข)

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน ☎
2. บัตรประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
3. วัน - เดือน - ปีเกิด เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
4. อาชีพ ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำ.....
รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือนบาท
สถานที่ทำงาน ☎
5. ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
ที่อยู่..... ☎
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ถึงวันที่

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก จำนวนเงินเอาประกันภัยโรคมะเร็งบาท

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และ โรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
บิดา - มารดา, พี่ - น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ไม่เคย เคย
สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ ชื่อสถานพยาบาล
3. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ไม่เคย เคย
โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ
4. ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต ไม่เคยสูบ เคยสูบบุหรี่ มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ปี ถึงปี
ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบบุหรี่ มวน
5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่? ไม่เคย
 - โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
 - ปอดอักเสบเรื้อรัง คับแข็ง,ตับอักเสบบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
 - ปากมดลูก,ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าป็นชนิด/ที่อวัยวะใด.....)
 ได้ทำการผ่าตัดออกแล้ว เมื่อ.....ร.พ.....
แพทย์นัดติดตามผลเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล
6. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด
 ไม่มี มี ชื่อบริษัท ทุนประกัน บาท





ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท**เอกสารมีไม่ใช้สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว** ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเบิกเงินคืนตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัย ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจาก กรมสรรพากร เลขที่

ไม่มีความประสงค์

ทั้งนี้การยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลข้างต้นจะมีผลบังคับจนกว่าผู้เอาประกันภัยจะแจ้งยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงต่อบริษัทฯ

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

()

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง (ส่วน ข. คู่สมรส)

ประเภทการประกันภัย

ระบุบุคคล (ส่วน ก.)

แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข.)

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน
- บัตรประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน - เดือน - ปีเกิด เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง
- ลักษณะงานที่ทำ.....
รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท
สถานที่ทำงาน
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
- ที่อยู่.....
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ถึงวันที่

รายละเอียดของบุตร

ชื่อ - นามสกุลบุตร (อายุ 1 - 22 ปี)	วัน - เดือน - ปีเกิด
1.	
2.	

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และ โรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
บิดา - มารดา, พี่ - น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ไม่เคย เคย
สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ ชื่อสถานพยาบาล
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ไม่เคย เคย
โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ
- ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต ไม่เคยสูบ เคยสูบบุหรี่ มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ปี ถึง ปี
ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบบุหรี่ มวน
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่? ไม่เคย
 โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
 ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง, ตับอักเสบ ถ้าใส่ใหญ่อกอักเสบเรื้อรัง
 ปากมดลูก, ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่า เป็นชนิด/ที่อวัยวะใด.....)
 ได้ทำการผ่าตัดออกแล้ว เมื่อ..... ร.พ.....
 แพทย์นัดติดตามผลเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
 หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล
- ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด
 ไม่มี มี ชื่อบริษัททุนประกัน บาท



ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า
รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท**เอกสารนี้ไม่ใช่
สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว** ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริง
เกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับ
ดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

()

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมี
สิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

