



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดต่อแบบระบุโรค (NAMED PERILS INSURANCE)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ..... ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์: ทายาทโดยธรรม

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

4. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย : รายปี

เงินสด

บัตรเครดิตธนาคาร

ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร

รวมจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

5. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

5.1 ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทกรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....



5.3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนจนรับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง หรือโรคอื่นๆหรือไม่

ไม่เคย เคย (โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง)

คำวินิจฉัยแพทย์/สาเหตุ/อาการ/การตรวจที่ได้รับ.....

การรักษา/คำแนะนำที่ได้รับ.....

เมื่อใด/ช่วงเวลาที่ได้รับรักษา.....

ผลการรักษา ปกติ ไม่ปกติ โปรดระบุ.....

5.4 ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใจหรือไม่

ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุ.....

5.5 ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่

ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานสัญญา ระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบ สัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือด เพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือว่าสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใจ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูล ของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณคดีเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้