

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพเฉพาะโรค และอุบัติเหตุวงจบบางบุคคล
รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี
 น้ำหนัก/ส่วนสูง / เชื้อชาติ/สัญชาติ / เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่ติดต่อได้
 โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
 อาชีพ สถานที่ทำงานหรือหน่วยงานที่สังกัด

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

3. แผนประกันภัยและ/หรือรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง
 แผน 1

 แผน 2

 แผน 3

การชำระเบี้ยประกันภัย
 รายปี

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย
 เงินสด

 ผ่านบัตรเครดิตธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ

 ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่

1. คำถามเรื่องประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต การประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยสุขภาพไว้กับบริษัท หรือบริษัทอื่นหรือไม่

 ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

1.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต การประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยสุขภาพ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

 ไม่เคย/ ไม่มี เคย/ มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

1.3 ท่านมีโรคประจำตัว หรือรับประทานยา หรือฉีดยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

 ไม่มี มี (โปรดระบุ)

1.4 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่

 ไม่ดื่ม ดื่ม ชนิด ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มนาน ปี

2. คำถามเรื่องประวัติสุขภาพเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัยซื้อความคุ้มครองโรครายอดฮิตของคนกลุ่มวัยทำงาน

2.1 ท่านมีความผิดปกติของสายตา หรือประสาทหู หรือมีอวัยวะส่วนใดพิการ หรือกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษาหรือบอกกล่าวหรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV ไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง โรคตับแข็ง ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง โรคปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง โรคติดเชื้อทางทวารอวัยวะเรื้อรัง เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ โรคไตเรื้อรัง หรือไตวายหรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี เมื่อ

2.2 ท่านมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เฮลิโคแบคทีเรีย ไพโลไร โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน โรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ หรือพังศืดทับเส้นประสาท หรือโรคนิ้วล็อก ปลอกหุ้มเอ็นนิ้วมืออักเสบ

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี โปรดระบุอาการ/โรค เมื่อ

2.3 ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่ (เฉพาะโรคหรือกินยาเป็นประจำเพื่อรักษาโรคที่ระดับด้านล่าง) อาหารเป็นพิษจากภาวะติดเชื้อทางเดินอาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เฮลิโคแบคทีเรีย ไพโลไร โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับ เส้นประสาท อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน โรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ หรือพังศืดทับเส้นประสาท หรือโรค นิ้วล็อกปลอกหุ้มเอ็นนิ้วมืออักเสบ

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี เมื่อ

ข้อมูลของผู้รับประโยชน์

ทายาทตามกฎหมาย

กรณีระบุชื่อผู้รับประโยชน์:

ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ไม่มีความประสงค์

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่ เดือน พ.ศ.
ที่ขอเอาประกันภัย

ตัวแทนประกันภัย :

ใบอนุญาตเลขที่ :

ประกันภัยโดยตรง

นายหน้าประกันภัย :

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865