



## ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็งและอุบัติเหตุพิเศษ

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... โทรศัพท์ .....
- บัตรประชาชน  หนังสือเดินทางเลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี เพศ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....  
อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้ / เดือน..... บาท  
รายได้อื่นๆ / เดือน.....บาท สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์.....
- ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
2. รายละเอียดผู้อยู่ในอุปการะ
- 2.1 คู่สมรส : ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) .....  
 บัตรประชาชน  หนังสือเดินทางเลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี เพศ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....  
อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ.....  
ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับคู่สมรส.....
- 2.2 บุตร : ชื่อ-นามสกุล .....  
 บัตรประชาชน  หนังสือเดินทางเลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี เพศ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....  
อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ.....  
ผู้รับผลประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับคู่สมรส.....
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อความคุ้มครอง  แผน 1  แผน 2  แผน 3  รายเดือน  รายปี

**ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย**

- ความคุ้มครองโรคมะเร็ง**
1. ท่านเคยเป็น หรือได้รับการบอกกล่าวว่าเป็น หรือกำลังได้รับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง มะเร็งระยะไม่ลุกลาม การเปลี่ยนแปลงในระยะก่อนเป็นมะเร็ง เนื้องอก ก้อนหรือติ่งเนื้อ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย สาเหตุของความผิดปกติที่ตรวจพบ.....  
เมื่อ(เดือน/ปี)..... ชื่อโรงพยาบาล.....
2. ท่านเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์หรือยังรักษาต่อเนื่องด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?  
 โรคมะเร็ง หรือมีเชื้อไวรัส HIV  
 โรคมะเร็งตับอักเสบบี ชนิด B หรือ C  
 ปอดอักเสบเรื้อรัง  
 ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง  
 ตับแข็ง, ตับอักเสบบี  
 ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง
3. ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือพบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นนัยสำคัญจากการตรวจสุขภาพหรือไม่?  
3.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)  
 ไม่เคย  เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ .....  
เมื่อ(เดือน/ปี)..... ชื่อโรงพยาบาล.....

3.2 การตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

ไม่เคย  เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ .....  
เมื่อ(เดือนปี)..... ชื่อโรงพยาบาล .....

3.3 การตรวจแมมโมแกรมเต้านม (Mammogram)

ไม่เคย  เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ .....  
เมื่อ(เดือนปี)..... ชื่อโรงพยาบาล .....

3.4 การตรวจต่อมลูกหมาก

ไม่เคย  เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ .....  
เมื่อ(เดือนปี)..... ชื่อโรงพยาบาล .....

3.5 การตรวจเลือดเกี่ยวกับสารบ่งชี้มะเร็ง

ไม่เคย  เคย สาเหตุของการผ่าตัด หรือความผิดปกติที่ตรวจพบ .....  
เมื่อ(เดือนปี)..... ชื่อโรงพยาบาล .....

ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านพบความผิดปกติของร่างกายจากสาเหตุดังต่อไปนี้หรือไม่

3.6 น้ำหนักตัวลดลงเท่ากับหรือมากกว่า 5 กิโลกรัมโดยไม่ทราบสาเหตุ  ไม่พบ  พบ

3.7 บัสสาวะมีเลือดปน  ไม่พบ  พบ

3.8 ไอเรื้อรัง  ไม่พบ  พบ

3.9 ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรืออุจจาระเป็นสีดำ  ไม่พบ  พบ

3.10 มีอาการท้องเสียหรือท้องผูกเท่ากับหรือมากกว่า 30 วัน  ไม่พบ  พบ

4. ท่านมีการทำประกันภัยโรคมะเร็ง หรือทำประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งอีกหรือไม่?

ไม่มี  มี โปรดระบุชื่อบริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

**ความคุ้มครองการเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ**

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัท วิทยะประกันภัย จำกัด(มหาชน) หรือบริษัทประกันชีวิต หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดอีกหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดระบุบุคคล และรายละเอียด) .....  
บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย .....

2. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?

ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดระบุบุคคล และรายละเอียด) .....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

ไม่มีความประสงค์

**การออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์**

คำยินยอมจากผู้เอาประกันภัย กรณีประสงค์รับกรมธรรม์ประกันภัยอิเล็กทรอนิกส์ (e-policy)

คำถาม : ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

ประกันภัยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทน