

- วันที่ต้องการให้กรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง.....ถึงวันที่.....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่.....ได้รับเมื่อ วัน/เดือน/ปี.....
- ชื่อผู้เอาประกันภัย.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....
- ที่อยู่.....โทรศัพท์..... E-mail : .....
- รายชื่อคลินิกหรือโรงพยาบาลหรือสถานที่ปฏิบัติงาน  
4.1..... 4.2.....
- ประวัติการศึกษา  
สถานศึกษา.....วุฒิที่ได้รับ.....  
สถานศึกษา.....วุฒิที่ได้รับ.....
- ขณะที่ท่านกรอกใบคำขอนี้ ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยนี้กับบริษัทอื่นหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี โปรรระบุ .....
- ท่านเคยถูกเรียกค่าสินไหมหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าอาจเกิดกรณีเรียกร้องในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาหรือไม่  
( ) ไม่เคย ( ) เคย หากเคยโปรดระบุรายละเอียด.....  
สาเหตุ.....  
วันที่เกิดเหตุ.....ค่าสินไหมที่ถูกร้องเรียน.....
- สถานการเรียกร้อง ( ) สิ้นสุดคดีแล้ว ( ) กำลังดำเนินคดีอยู่
- แผนความคุ้มครองที่เลือก (ระบุเป็น 1N, 2N, 3N) .....

สาขาวิชาชีพ	เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากร (บาท)		
	คุ้มครองการรักษาพยาบาลภายในประเทศไทย		
	500,000 บาทต่อครั้งและ 1,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย	1,000,000 บาทต่อครั้งและ 2,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย	2,000,000 บาทต่อครั้งและ 4,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย
	<b>ไม่มีค่ารับคดีส่วนแรก</b>		
พยาบาลวิชาชีพ	<b>5,000</b> (1N)	<b>6,300</b> (2N)	<b>8,800</b> (3N)

**เงื่อนไขการประกันภัย :**

- พยาบาลจะต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องตามกฎหมายและไม่เคยถูกเพิกถอน
- เอกสารแนบ 1.สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย 2.สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 3.สำเนาน้ำตาารงกรมธรรม์เดิม (ถ้ามี)

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ลงวันที่ ...../...../.....

**คำเตือน**

ในการทำสัญญาประกันภัย หากผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยซึ่งข้อเท็จจริงหรือแถลงข้อความเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทประกันภัยมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ว่าด้วยการประกันภัยมาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้ 'ข้อเท็จจริง' หมายถึง ข้อมูลใดๆ และทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับภัยนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นในส่วนดีหรือไม่ อันจะมีผลต่อการพิจารณาของผู้รับประกันภัยในการตัดสินใจว่าจะรับประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ และด้วยเงื่อนไขและเบี้ยประกันภัย

Project Code : PI\_Nurse

1/1