

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพเฉพาะโรค และอุบัติเหตุแบบส่วนบุคคล
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 หรือนิโคตินอะไรเป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

1.4 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่

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

2. คำถามเรื่องประวัติสุขภาพเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัยซื้อความคุ้มครองโรครายชื่อของคณกลุ่มวัยทำงาน

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 โรคติดเชื้อทางทวารอวัยวะสืบพันธุ์ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ โรคไตเรื้อรัง หรือไตวายหรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี เมื่อ

2.2 ท่านมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เฮลิโคแบคทีเรีย โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก เส้นประสาท อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน โรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ หรือพังผืดทับเส้นประสาท หรือโรคนิ้วล็อก ปวดข้อนิ้วมืออักเสบ

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี โปรดระบุอาการ/โรค เมื่อ

2.3 ท่านมีโรคประจำตัวหรือกินยาอะไรเป็นประจำหรือไม่ (เฉพาะโรคหรือกินยาเป็นประจำเพื่อรักษาโรคที่ระบุด้านล่าง)
อาหารเป็นพิษจากภาวะติดเชื้อทางเดินอาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรวยไตอักเสบ โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เฮลิโคแบคทีเรีย โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก เส้นประสาท อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน โรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ หรือพังผืดทับเส้นประสาท หรือโรค นิ้วล็อก ปวดข้อนิ้วมืออักเสบ

☐ 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 และผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

.....
()

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ที่ขอเอาประกันภัย

☐ ตัวแทนประกันภัย :

ใบอนุญาตเลขที่ : 6604003411

☐ ประกันภัยโดยตรง

☒ นายหน้าประกันภัย :

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865