

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็งพลังสุบติเหตุ

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ นาย นาง นางสาวนามสกุล.....
สถานภาพ โสด สมรส มีบุตร.....คน ไม่มีบุตร
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)/.....เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

2. รายละเอียดผู้สมรสของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ นาย นาง นางสาวนามสกุล.....
สถานภาพ โสด สมรส มีบุตร.....คน ไม่มีบุตร
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)/.....เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

3. รายละเอียดบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย

3.1) ชื่อ นาย นาง นางสาว เด็กหญิง เด็กชาย.....นามสกุล.....
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)/.....เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....
3.2) ชื่อ นาย นาง นางสาว เด็กหญิง เด็กชาย.....นามสกุล.....
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)/.....เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

4. รายละเอียดผู้รับประกันภัย

ชื่อ นาย นาง นางสาวนามสกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....

5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

6. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ : แผนที่

7. การชำระเบี้ยประกันภัย:

เงินสด
 บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....
 ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา
บัญชีเลขที่.....
เบี้ยประกันภัยสุทธิ บาท อกรแสดงมี บาท ภาษี บาท เบี้ยประกันภัยรวม บาท

<p>คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ</p> <p>8. ปัจจุบันท่านมีการประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งไว้กับบริษัทประกันภัยใดหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> มี บริษัท.....จำนวนผลประโยชน์..... <input type="radio"/> ไม่มี</p>
<p>9. สมาชิกในครอบครัวของท่าน เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> มี ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่เป็น..... <input type="radio"/> ไม่มี</p>
<p>10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ดื่มเป็นประจำ <input type="radio"/> ดื่มเป็นครั้งคราว <input type="radio"/> ไม่ดื่มเลย</p>
<p>11. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่สูบ</p> <p><input type="radio"/> สูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน เป็นเวลา..... <input type="radio"/> สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน เป็นเวลา.....</p> <p><input type="radio"/> สูบ 11 มวนถึง 20 มวนต่อวัน เป็นเวลา..... <input type="radio"/> สูบ 21 มวนถึง 30 มวนต่อวัน เป็นเวลา.....</p> <p><input type="radio"/> สูบมากกว่า 30 มวนต่อวัน เป็นเวลา.....</p>
<p>12. ท่านเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี หรือ เอชไอวี หรือเนื้องอกหรือโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ โรคเลือด โรค SLE โรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมไทรอยด์ หรือต่อมไร้ท่ออื่นๆ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ร้ายแรง หรือทุพพลภาพหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ</p>
<p>13. ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือแนะนำให้ผ่าตัด หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็น คนไข้ของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="radio"/> มี โปรดระบุ</p>
<p>คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าและ/หรือครอบครัวของข้าพเจ้า มีสุขภาพดี และไม่เคยตรวจพบ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งมาก่อน</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้</p> <p>ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV</p> <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p>
<p>ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>()</p> <p>วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....</p>

โดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความที่เป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้