

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง (ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)

☒ **ประเภทการประกันภัย**

☐ **รายบุคคล (ส่วน ก.)**

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน
- ☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน - เดือน - ปีเกิด เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำ
รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท
สถานที่ทำงาน
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกันภัย ความสัมพันธ์
ที่อยู่
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ถึงวันที่

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก

☐ แผน 1 300,000 บาท

☐ แผน 2 400,000 บาท

☐ แผน 3 500,000 บาท

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	☐	☐	
บิดา - มารดา, พี่ - น้อง	☐	☐	

- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย
สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ ชื่อสถานพยาบาล
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย
โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล เมื่อ
- ประวัติการสูบบุหรี่ **ในอดีต** ☐ ไม่เคยสูบ ☐ เคยสูบล้นละ มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ปี ถึง ปี
ปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบล้นละ มวน
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
☐ โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) ☐ โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
☐ ปอดอักเสบเรื้อรัง ☐ ตับแข็ง, ตับอักเสบ ☐ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
☐ ปากมดลูก, ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง ☐ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าเป็นชนิด/ที่อวัยวะใด) ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วหรือยัง เมื่อ ร.พ.
 แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี
☐ ไม่เคย
 หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันมีอาการ ☐ ปกติ ☐ รักษาอยู่ สถานพยาบาล
- ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแนบรายละเอียด
☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อบริษัททุนประกัน บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า
รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท**เอกสารนี้**

ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

☐ ตัวแทน

☐ นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ
ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้