

ใบคำขอเอาประกันภัย

QD-UDW-059 CC-001/6 Rev 00

Effective: 01.01.23

กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน
อีเมลล์..... ☎
- ☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำ
สถานที่ทำงาน..... ☎
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
ที่อยู่..... ☎
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

โปรดระบุแผนความคุ้มครองที่ต้องการ

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ แผน.....

ข้อตกลงคุ้มครอง/ เอกสารแนบท้าย	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)
เบี้ยประกันรวม (บาท)	

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ปัจจุบันท่านมี เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตั่งเนื้อ ถุงน้ำ หรือ ซีสต์ ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดออกหรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี
- ท่านมีประวัติเคยเป็นมะเร็ง หรือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะใด ก็ตาม หรือมีผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่ผิดปกติจาก
การตรวจ แมมโมแกรมเต้านม การตรวจเต้านมด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจต่อมลูกหมาก
การตรวจเลือดเกี่ยวกับสารบ่งชี้มะเร็งหรือการตรวจคัดกรองมะเร็งทุกชนิดหรือไม่
☐ มี ☐ ไม่มี

3. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้หรือไม่ น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัสสาวะมีเลือดปน ไอเรื้อรัง ถ้ามีอาการมีเลือดปน อุจจาระเป็นสีดำ หรือมีอาการท้องเสีย ท้องผูก ท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง ปวดท้องเรื้อรังเกิน 30 วัน
- ☐ มี ☐ ไม่มี
4. มารดาของท่านมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม หรือไม่ (ใช้คำถามนี้กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้หญิงเท่านั้น)
- ☐ มี ☐ ไม่มี

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลและคำตอบที่แถลงไว้ในเอกสารใบคำขอเอาประกันนี้เป็นจริงและถูกต้อง และ ไม่มีการปกปิดหรือบิดเบือนความจริงใดๆ ที่อาจจะมีผลต่อการพิจารณาของบริษัทในการพิจารณารับความเสียหาย และข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่าเอกสารใบคำขอเอาประกันภัยนี้ถือเป็นพื้นฐานของข้อสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท และข้าพเจ้าตกลงและยอมรับกรรมสิทธิ์ประกันภัยของบริษัทตามเงื่อนไขและข้อตกลงซึ่งจะได้ระบุไว้ในเอกสารกรมธรรม์

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....

()

- ☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865