

คำขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง (เฉพาะผู้เอาประกันภัย)

1. ชื่อนามสกุล : .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน : .....  
 .....  
 โทรศัพท์ : .....
2. เลขที่บัตรประชาชน : .....
3. วัน/เดือน/ปีเกิด : ..... เพศ .....  
 ส่วนสูง(ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
4. อาชีพ : ..... ตำแหน่ง .....  
 ลักษณะงานที่ทำ ..... รายได้ / เดือน .....บาท  
 สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์.....  
 รายได้อื่น ๆ / เดือน ..... บาท
5. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ : ..... ความสัมพันธ์ .....  
 ที่อยู่ .....  
 .....โทรศัพท์ .....
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ..... ถึงวันที่ .....
7. ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก จำนวนเงินประกันภัยโรคมะเร็ง  
 ทุนประกันภัย .....บาท

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

1. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็น หรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งหรือไม่ ?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
บิดา-มารดา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
พี่-น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
บุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้เอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
สาเหตุของการผ่าตัด .....เมื่อ .....ชื่อสถานพยาบาล.....

3. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
โปรดระบุโรค .....รักษาที่โรงพยาบาล .....เมื่อ .....

4. ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต  ไม่เคยสูบ  เคยสูบบวันละ ..... มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี  
ปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบบวันละ ..... มวน

5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?  
 โรคไวรัสตับอักเสบบชนิด A  โรคไวรัสตับอักเสบบชนิด B  โรคเอดส์  
 ปอดอักเสบเรื้อรัง  ตับแข็ง ตับอักเสบบ  ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง  
 ปากมดลูก ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง  ริดสีดวงทวารอักเสบเรื้อรัง  ไม่เคย

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ  ปกติ  รักษาอยู่ที่ สถานพยาบาล .....

6. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามีโปรดแสดงรายละเอียด  
 ไม่มี  มี ชื่อบริษัท .....ทุนประกันภัย .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรอง  
ว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท  
เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับการคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....  
(.....)

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: โปรดตอบคำถามตามความจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุ  
ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

#### NOTES FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

IMPORTANT NOTE PURSUANT TO: ARTICLE 865 OF THE CIVIL & COMMERCIAL CODES, YOU ARE TO DISCLOSE IN THIS  
PROPOSAL FORM, FULLY AND FAITHFULLY, ALL THE FACTS WHICH

- ประเภทการประกันภัย
- รายบุคคล (ส่วน ก.)
- แผนครอบครัว (ส่วน ก.และ ข.)

คำขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง (คู่สมรสเฉพาะผู้เอาประกันภัย)

1. ชื่อนามสกุล : .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน : .....  
 .....  
 โทรศัพท์ : .....
2. เลขที่บัตรประชาชน : .....
3. วัน/เดือน/ปีเกิด : ..... เพศ .....
- ส่วนสูง(ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
4. อาชีพ : ..... ตำแหน่ง .....
- ลักษณะงานที่ทำ ..... รายได้ / เดือน .....บาท
- สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์.....
- รายได้อื่นๆ / เดือน ..... บาท
5. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ : ..... ความสัมพันธ์ .....
- ที่อยู่ .....
- .....โทรศัพท์ .....
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ..... ถึงวันที่ .....
7. คู่สมรสของผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก จำนวนเงินประกันภัยโรคมะเร็ง  
 ทุนประกันภัย .....บาท

ประวัติทางการแพทย์ : คู่สมรส

1. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็น หรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งหรือไม่ ?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
บิดา-มารดา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
พี่-น้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
บุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้เอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
 สาเหตุของการผ่าตัด .....เมื่อ .....ชื่อสถานพยาบาล.....

3. ผู้เอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่?  ไม่เคย  เคย  
 โปรดระบุโรค .....รักษาที่โรงพยาบาล .....เมื่อ .....

4. ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต  ไม่เคยสูบ  เคยสูบบวันละ ..... มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี  
 ปัจจุบัน  ไม่สูบ  สูบบวันละ ..... มวน

5. ผู้เอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?  
 โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด A  โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B  โรคเอดส์  
 ปอดอักเสบเรื้อรัง  ตับแข็ง ตับอักเสบ  ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง  
 ปากมดลูก ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง  ริดสีดวงทวารอักเสบเรื้อรัง  ไม่เคย

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ  ปกติ  รักษาอยู่ที่ สถานพยาบาล .....

6. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามีโปรดแสดงรายละเอียด  
 ไม่มี  มี ชื่อบริษัท .....ทุนประกันภัย .....

ข้อมูลบุตร : ชื่อ-นามสกุล (อายุ 1-22 ปี)	วัน-เดือน-ปีเกิด
1.	
2.	
3.	

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรอง  
 ว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท  
 เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับการคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย .....  
 (.....)

คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย: โปรดตอบคำถามตามความจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุ  
 ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**NOTES FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION**

IMPORTANT NOTE PURSUANT TO: ARTICLE 865 OF THE CIVIL & COMMERCIAL CODES, YOU ARE TO DISCLOSE IN THIS  
 PROPOSAL FORM, FULLY AND FAITHFULLY, ALL THE FACTS WHICH

