

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.).....นามสกุล.....
 บัตรประชาชน เลขที่..... เพศ ชาย หญิง (กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมใบคำขอ)
 วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปีเดือน ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. สัญชาติ.....
 สถานภาพ โสด แต่งงาน หม้าย หย่า อื่นๆ จำนวนบุตร..... คน
- ที่อยู่ตามทะเบียน เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ (บ้าน)..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail address.....
 (ที่อยู่ปัจจุบันกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเป็นที่อยู่เดียวกัน ใช่ ไม่ ถ้า ไม่ โปรดระบุรายละเอียด)
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ (บ้าน)..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail address.....
- อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ตำแหน่ง.....
 ชื่อสถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... รายได้ ต่อเดือน ต่อปี บาท
 ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- ที่อยู่ซึ่งสะดวกในการติดต่อ หรือจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ที่ทำงาน

การแสดงผลสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตาราง/ช่อง พร้อมกรอกรายละเอียดตามความจริงทุกประการ หากข้อแสดงของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง อาจเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้)

- สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย **ทุกท่าน** กรุณาแสดงผลสุขภาพตลอดจนประวัติการรักษา ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันตาม ข้อ 1.1 และสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาแสดงผลสุขภาพเพิ่มเติม ตาม ข้อ 1.2 ดังต่อไปนี้

(1.1) ประวัติสุขภาพ / อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี
- อาการและความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสมองและ หลอดเลือดสมอง, ไขสันหลัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน, โรคลมชัก (ลมบ้าหมู), โรคความจำเสื่อม, อัลไซเมอร์, โรคพาร์กินสัน อาการปวดศีรษะเรื้อรัง, ไมเกรน เป็นต้น		
- อาการชาเรื้อรังตามแขนขา ตามตัว หรืออาการอ่อนแรง, อัมพฤกษ์, อัมพาต, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของ ตา, หู, คอ, จมูก เช่น จอประสาทตาลอก, ต้อหิน, ต้อกระจก, สูญเสียการได้ยิน, แก้วหูอักเสบ/ทะลุ เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบหายใจ (ปอด, หลอดเสียง, หลอดลม, โพรงจมูก, ไซนัส) เช่น หอบหืด, ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ, ไอเป็นเลือด, เลือดกำเดาไหลเป็นประจำ, วัณโรค (รวมถึงวัณโรคต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น) เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคลิ้นหัวใจ อาการเจ็บแน่นหน้าอก // โรคหลอดเลือดแดงหรือดำอักเสบ, เส้นเลือดขด เป็นต้น		
- โรคความดันโลหิตสูง		
- โรคเบาหวาน, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ตับอ่อนอักเสบ		
- ภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น คอเลสเตอรอลสูง, ไตรกลีเซอไรด์สูง เป็นต้น		

(1.1) ประวัติสุขภาพ / อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ ไม่มี
- โรคของระบบเลือด (เม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว/ภูมิคุ้มกัน, เกล็ดเลือด) เช่น โลหิตจาง, ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง, โรคเอดส์, โรคเอสแอลอี เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน เช่น โรคต่อมไทรอยด์ (กรณาระบุนุชนิด), ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และช่องท้อง เช่น หลอดอาหารอักเสบหรือตีบ, หลอดเลือดของหลอดอาหารโป่งพอง, ภาวะอาหารอักเสบหรือเป็นแผล, ลำไส้อักเสบเรื้อรัง, กรดไหลย้อน, อาเจียนเป็นเลือด, ไข่เลื่อน, ลำไส้กลืนกัน เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของตับและระบบน้ำดี เช่น ตับอักเสบ, ไชมันพอกตับ, ถุงน้ำดีอักเสบ, นิ่วถุงน้ำดี, โรคดีซ่าน เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น อุจจาระเป็นเลือด, ท้องผูกสลับกับท้องเสีย(เรื้อรัง), โรคทวารหนัก, ริดสีดวงทวาร เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ (ไต, ท่อไต, ภาวะปัสสาวะ, ท่อปัสสาวะ) เช่น ไตอักเสบ, นิ่ว, ภาวะปัสสาวะอักเสบ, ปัสสาวะเป็นเลือด, เป็นต้น		
- ความผิดปกติของเต้านม (ทั้งเพศหญิง/เพศชาย)		
- โรค/ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์หญิง (มดลูก, รังไข่ ท่อนำไข่ ช่องคลอด, อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก) เช่น โรคติดเชื้อหรืออักเสบ, โรคเยื่อเมดลูกเจริญผิดที่, ระบุ (ประจำเดือน) มามากหรือผิดปกติ, ความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ชาย (ต่อมลูกหมาก, อัณฑะ, ท่ออัณฑะ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก) เช่น โรคต่อมลูกหมากโตและอักเสบ, หนองหุ้มปลายอวัยวะเพศตีบ เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูก, โรคข้ออักเสบหรือเสื่อม, โรคเอ็นอักเสบหรือฉีกขาด, กระดูกแตกหัก, ปลูกหมัดเอ็นอักเสบ, นิ่วลึอก, โรคเก๊าและข้ออักเสบจากเก๊า เป็นต้น		
- โรคผิวหนัง เช่น ภูมิแพ้ผิวหนัง, สะเก็ดเงิน		
- การแพ้ยา / การแพ้อาหาร		
- ถุงน้ำ (ซีสต์), ตึงเนื้อ, ก้อน, เนื้องอก (ชนิดไม่ร้ายแรง)		
- มะเร็งทุกชนิด		
- โรคจิต โรคประสาท เช่น โรคซึมเศร้า, โรคจิตเภท ไปโพล่า การทำร้ายตนเอง เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติแต่กำเนิดและพันธุกรรม หรือ พัฒนาการและการเจริญเติบโต, สติปัญญาและการเรียนรู้ผิดปกติ หรือความพิการหรือทุพพลภาพ (โดยกำเนิด / อุบัติเหตุ) เช่น ดาวน์ซินโดม โรคออทิสติก, โปลิโอ, แขนขาพิการ, ตาบอด, หูหนวก เป็นต้น		
- โรคประจำตัว หรือประวัติสุขภาพ อาการโรค ความผิดปกติอื่นใด หรือ การรักษาใดๆ นอกเหนือจากรายการในตารางนี้หรือไม่		

(1.2) สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาแสดงประวัติสุขภาพ เพิ่มเติม		
- การติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) หรือโรคปอดอักเสบ(ปอดติดเชื้อ)		
<p>- อาการชัก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีที่ท่านตอบว่า เคยมี อาการ กรุณาระบุจำนวน ครั้ง อายุ/เมื่อใด..... ● ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการชัก หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ถ้า มี กรุณาระบุอาการที่เป็น) ● การรักษาที่ได้รับ ● อาการปัจจุบัน 		

(1.3) กรณีที่ท่านตอบว่า เคย/มี ในประวัติสุขภาพ (ข้อ 1.1 และ 1.2 ข้างต้น) หรือได้รับการรักษา/ผ่าตัด/ ตัดออก (โปรดระบุ อวัยวะและข้าง ซึ่งเป็นโรค/ได้รับบาดเจ็บ/การรักษาด้วย) กรุณาแสดงรายละเอียดเพิ่มเติม ในตารางด้านล่างนี้

เดือน/ปี ที่มีอาการ	อาการที่เป็น	อาการที่เป็น ได้รับการรักษา แล้วใช่/ไม่		ชื่อสถาน พยาบาล	คำวินิจฉัย โรค	การรักษาหรือ คำแนะนำจาก แพทย์	ผู้ป่วย นอก/ ผู้ป่วยใน	วันที่พบแพทย์ ครั้งล่าสุด	นัดครั้งต่อไป	
		ไม่	ใช่						เดือน/ปี	การรักษาเพิ่มเติม

(หากท่านไม่สามารถแสดง/ ระบุรายละเอียดได้ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารทางการแพทย์หรือเอกสารประกอบอื่นที่มีอยู่เพิ่มเติม)

- ปัจจุบันท่านอยู่ระหว่างการพักฟื้นเนื่องจากการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยอยู่หรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี กรุณาระบุรายละเอียด การเจ็บป่วย/ การรักษา/ สถานที่ที่ได้รับการรักษา)
- ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น ตรวจเลือด, ปัสสาวะ, เอ็กซเรย์, เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์, ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ และอื่นๆ หรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจ/ สาเหตุที่ตรวจ).....
 (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
- ใน 3 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสุขภาพ หรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี กรุณาระบุครั้งล่าสุด) เดือน/ปี/...../.....
 ชื่อสถานที่หรือโรงพยาบาลที่ตรวจสุขภาพ
 ผลการตรวจสุขภาพ (ตรวจความดันโลหิต ตรวจเลือด อาทิเช่น ระดับน้ำตาลในเลือด / ไขมันคอเลสเตอรอล / ไขมันไตรกลีเซอไรด์/การทำงาน
 ของตับหรือไตและการตรวจปัสสาวะ)
 (พร้อมทั้งแนบเอกสารผลการตรวจสุขภาพ)
 จากการตรวจสุขภาพ ท่านได้รับคำแนะนำและเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมอย่างไร กรุณาระบุรายละเอียด.....
 (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
- ท่านเคยรับการรักษา หรือรับการผ่าตัด หรือการบำบัดโรคหรืออาการผิดปกติ หรือการตรวจวินิจฉัยใดๆ จากแพทย์ทางเลือก หรือผู้เชี่ยวชาญด้าน
 การแพทย์ทางเลือกหรือไม่ เช่น วิธีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือแพทย์ทางเลือกแบบตะวันตก การนวด-
 กดจุด ฟังเข็ม ยาสมุนไพร การจัดกระดูก เป็นต้น
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....
 (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
- โปรดระบุอาการ หรือโรค ครั้งล่าสุดที่ท่านได้รับการรักษา
 เดือน/ปี...../...../..... ชื่อสถานที่ /โรงพยาบาลที่รับการรักษา
 (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
- ปัจจุบันท่านมีการรับประทานยา, ทายา หรือฉีดยาเป็นประจำหรือไม่ ไม่มี มี (กรุณาระบุชื่อยาและโรคหรือเหตุผล)

- สำหรับสุขภาพสตรี ปัจจุบันท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ไม่ ใช่ กรุณาระบุอายุครรภ์ เดือน
- ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่
 ไม่ดื่ม ดื่ม ชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มนาน.....ปี

10. ท่านสูบบุหรี่หรือซิการ์หรือไม่ ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ วันละ.....มวน
11. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ไม่ ใช่
12. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกัน/ การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย / ถูกปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย / การยกเว้นความคุ้มครอง การประกันสุขภาพ, การประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุจากบริษัทประกันภัย หรือประกันชีวิตใดหรือไม่ (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
- ไม่เคย เคย (ถ้าเคย กรุณาระบุสาเหตุและเหตุผลประกอบ)
1. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท
2. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท
3. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท
13. ปัจจุบันท่านมีการเอาประกันภัย หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันภัยกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
- ไม่มี มี (กรุณาระบุรายละเอียด ต่อไปนี้)
- ประกันสุขภาพ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันอุบัติเหตุ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันชีวิต บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันชดเชยรายได้ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันโรคร้ายแรง บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันมะเร็ง บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

* หมายเหตุ : รายละเอียดที่กรอกในใบสมัครมีระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องที่สุดของท่าน

ข้อมูลของผู้รับประโยชน์ กรณีแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือกมีข้อตกลงคุ้มครอง “การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ”

- ทายาทตามกฎหมาย
- กรณีระบุชื่อผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
- : ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ความคุ้มครองที่ผู้ขอเอาประกันภัยเลือก	
1. ชื่อแผน/แบบ ที่ท่านตัดสินใจเลือก :	
ผู้ป่วยใน :	
แผนสุขภาพแปลเขียน	<input type="checkbox"/> เขียน 1 <input type="checkbox"/> เขียน 2 <input type="checkbox"/> เขียน 3 <input type="checkbox"/> เขียน 4 <input type="checkbox"/> เขียน 5
(กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล)	
แผนสุขภาพแปลเขียน	<input type="checkbox"/> เขียน 6 <input type="checkbox"/> เขียน 7 <input type="checkbox"/> เขียน 8
แผนสุขภาพชก ลก ชิว	<input type="checkbox"/> ชก <input type="checkbox"/> ลก <input type="checkbox"/> ชิว
(กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล (แบบกำหนดผลประโยชน์สูงสุดต่อปี))	
2. ความคุ้มครองเพิ่มเติม	
ผู้ป่วยนอก :	<input type="radio"/> Basic <input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Premier
3. ความคุ้มครองตาม Quotation No. : ชื่อแผน.....	
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา.....น.	
(ทั้งนี้ความคุ้มครองดังกล่าวยังไม่ผลบังคับใช้ จนกว่าจะได้รับการพิจารณาและยืนยันจากบริษัท)	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกคำสั่งสัญญานี้ได้ และข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ปรากฏในกรมธรรม์ทั้งหมด และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแล้ว อันเนื่องมาจากการแถลงเท็จ หรือการปกปิดไม่แจ้งความจริง หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ของข้าพเจ้าทุกประการ

โดยหนังสือฉบับนี้ หรือสำเนาหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับ ข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้ามอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจ ทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ (สำเนาหนังสือ ฉบับนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ)

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการ พิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคลากรทาง การแพทย์ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย หรือปฏิบัติ ตามกฎหมาย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อ สรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วย ภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย ลงชื่อ.....ผู้กระทำการแทน
(.....)
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะ บิดา/ มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) เท่านั้น โปรดระบุความสัมพันธ์

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันภัยวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :
ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตาม สัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การแถลงข้อความเท็จ หรือการรู้อยู่แล้ว แต่ปกปิดไม่เปิดเผย ข้อเท็จจริงใดๆ ซึ่งอาจจะได้ใจผู้รับประกันภัยให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีกหรือให้บอกปิดไม่ยอมทำสัญญา อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่รับประกันภัยหรือใช้สิทธิบอกล้างสัญญาตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

- กรุณาระบุเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัย ดังนี้ :**
- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง
 - 2) ผลการตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์ม (สำหรับผู้สมัครที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป)