

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.) นามสกุล

สัญชาติ ☐ บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่

เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด :/...../..... ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

สถานภาพ: ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ อื่นๆ จำนวนบุตร คน

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : เลขที่ หมู่บ้าน หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ (บ้าน) โทรศัพท์มือถือ อีเมล

3. ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่ หมู่บ้าน หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ (บ้าน) โทรศัพท์มือถือ อีเมล

4. อาชีพ : ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป : ตำแหน่ง ชื่อสถานที่ทำงาน โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) รายได้ ☐ / เดือน ☐ / ปี บาท ที่อยู่ทำงานเลขที่ อาคาร/หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

5. ที่อยู่ซึ่งสะดวกในการติดต่อ หรือจัดส่งเอกสาร : ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ทำงาน

6. ข้อมูลของผู้รับประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย

☐ ทายาทตามกฎหมาย

☐ กรณีระบุชื่อผู้รับประกันภัย: ชื่อ นามสกุล ที่อยู่: โทรศัพท์มือถือ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1 ปี) : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

การแถลงข้อมูลสุขภาพของผู้เอาประกันภัย		
(กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตาราง/ช่อง พร้อมกรอกรายละเอียดตามความจริงทุกประการ หากข้อมูลของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง อาจเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้) 1. สำหรับผู้เอาประกันภัย ทุกท่าน กรุณาแถลงข้อมูลสุขภาพตลอดจนประวัติการรักษาในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันตามข้อ 1.1 และสำหรับผู้เอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาแถลงประวัติสุขภาพ เพิ่มเติม ตามข้อ 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, เลือดคั่งในปอดเป็นระยะ, วัณโรค (รวมถึงวัณโรคที่แพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น) เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคลิ้นหัวใจ, ผนังกล้ามเนื้อหัวใจรั่ว, อาการเจ็บแน่นหน้าอก, โรคหลอดเลือดแดงหรือดำอักเสบ, เส้นเลือดอุดตัน เป็นต้น		
- โรคความดันโลหิตสูง		
- โรคเบาหวาน, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ตับอ่อนอักเสบ		
- ภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น คอเลสเตอรอลสูง, ไตรกลีเซอไรด์สูง เป็นต้น		
- โรคของระบบเลือด (เม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว, ภูมิคุ้มกัน, เกล็ดเลือด) เช่น โลหิตจาง, ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง, โรคเอดส์, โรคเอสแอลอี เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน เช่น โรคต่อมไทรอยด์ (ภาวะฮอร์โมน), ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และช่องท้อง เช่น หลอดอาหารอักเสบหรือตีบ, หลอดเลือดของหลอดอาหารโป่งพอง, ภาวะอาหารอักเสบหรือเป็นแผล, ลำไส้อักเสบเรื้อรัง, กรดไหลย้อน, อาเจียนเป็นเลือด, ไส้เลื่อน, ลำไส้กลืนกัน เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของตับและระบบน้ำดี เช่น ตับอักเสบ, ไขมันพอกตับ, ถุงน้ำดีอักเสบ, นิ่วถุงน้ำดี, โรคดีซ่าน เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น อุจจาระเป็นเลือด, ท้องผูกสลับกับท้องเสีย (เรื้อรัง), โรคทวารหนัก, ริดสีดวงทวาร, โรคฟีคัลสตรัคเจอร์ 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, โรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่, ระบุ (ประจำเดือน) มาไม่ปกติหรือผิดปกติ, ความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ชาย (ต่อมลูกหมาก, อัณฑะ, ท่ออัณฑะ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก) เช่น โรคต่อมลูกหมาก โตและอักเสบ, หนองในปัสสาวะเพศชาย, อัณฑะอักเสบ เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ เช่น โรคกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูก, โรคข้ออักเสบหรือเสื่อม, โรคเอ็นอักเสบหรือฉีกขาด, กระดูกแตกหัก, ปวดข้ออักเสบ, นิ้วล็อก, โรคเกาต์และข้ออักเสบจากเกาต์ เป็นต้น		

1.1 ประวัติสุขภาพ/อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ ไม่มี
- โรคผิวหนัง เช่น ภูมิแพ้ผิวหนัง, สะเก็ดเงิน		
- การแพ้ยา / การแพ้อาหาร		
- อุ้งน้ำ (ซีสต์), ตั่งเนื้อ, ก้อน, เนื้องอก (ชนิดไม่ร้ายแรง)		
- มะเร็งทุกชนิด		
- โรคจิต โรคประสาท เช่น โรคซึมเศร้า, โรคจิตเภท, ไบโพลาร์, การทำร้ายตนเอง เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติแต่กำเนิดและพันธุกรรม หรือ พัฒนาการและการเจริญเติบโต, สถิติปัญญาและการเรียนรู้ผิดปกติ หรือ ความพิการหรือทุพพลภาพ (โดยกำเนิด/อุบัติเหตุ) เช่น ดาวน์ซินโดรม, โรคออทิสติก, โปลิโอ, แขนขาพิการ, ตาบอด, หูหนวก เป็นต้น		
- โรคประจำตัว หรือประวัติสุขภาพ อาการ โรค ความผิดปกติอื่นใด หรือ การรักษาใด ๆ นอกเหนือจากรายการในตารางนี้หรือไม่		

1.2 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาแถลงประวัติสุขภาพ <u>เพิ่มเติม</u>	เคย/มี	ไม่เคย/ ไม่มี
- การติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) หรือโรคปอดอักเสบ (ปอดติดเชื้อ)		
- อาการชัก • กรณีที่ท่านตอบว่า เคย/มี อาการ กรุณาระบุจำนวน ครั้ง อายุ / เมื่อใด..... • ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการชัก หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ถ้ามี กรุณาระบุอาการที่เป็น • การรักษาที่ได้รับ • อาการปัจจุบัน		

1.3 กรณีที่ท่านตอบว่า เคย/มี ในประวัติสุขภาพ (ข้อ 1.1 และ 1.2 ข้างต้น) หรือได้รับการรักษา / ผ่าตัด / ตัดออก (โปรstate, วัณโรคและข้างซึ่งเป็นโรค / ได้รับบาดเจ็บ / การรักษาด้วย) กรุณาแถลงรายละเอียด <u>เพิ่มเติม</u> ในตารางด้านล่างนี้										
วันเดือนปี ที่มีอาการ	อาการ ที่เป็น	อาการที่เป็น ได้รับการรักษา แล้วใช่/ไม่		ชื่อสถาน พยาบาล	คำวินิจฉัย โรค	การรักษาหรือ คำแนะนำจาก แพทย์	ผู้ป่วยนอก/ ผู้ป่วยใน	วันที่พบ แพทย์ครั้ง ล่าสุด	นัดครั้งต่อไป	
		ไม่	ใช่						เดือน/ปี	การรักษาเพิ่มเติม

(หากท่านไม่สามารถแถลง/ ระบุรายละเอียดได้ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารทางการแพทย์หรือเอกสารประกอบอื่นที่มีอยู่เพิ่มเติม)

2. ปัจจุบันท่านอยู่ระหว่างการพักฟื้นเนื่องจากการบาดเจ็บ หรือการป่วยอยู่หรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี (หากมี กรุณาระบุรายละเอียด การป่วย/ การรักษา/ สถานที่ที่ได้รับการรักษา)
3. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น ตรวจเลือด, ปัสสาวะ, เอ็กซเรย์, เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์, ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์, การตรวจคลื่นหัวใจ และอื่นๆ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจ/สาเหตุที่ตรวจ) (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
4. ใน 3 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสุขภาพ หรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี (หากมี กรุณาระบุครั้งล่าสุด) วัน/เดือน/ปี / /
 ชื่อสถานที่หรือโรงพยาบาลที่ตรวจสุขภาพ
 ผลการตรวจสุขภาพ (ตรวจความดันโลหิต ตรวจเลือด อาทิเช่น ระดับน้ำตาลในเลือด / ไขมันคอเลสเตอรอล / ไขมันไตรกลีเซอไรด์ / การทำงานของตับหรือไตและการตรวจปัสสาวะ) (พร้อมทั้งแนบเอกสารผลการตรวจสุขภาพ)
 จากการตรวจสุขภาพ ท่านได้รับคำแนะนำและเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมอย่างไร กรุณาระบุรายละเอียด (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
5. ท่านเคยรับการรักษา หรือรับการผ่าตัด หรือการบำบัดโรคหรืออาการผิดปกติ หรือการตรวจวินิจฉัยใด ๆ จากแพทย์ทางเลือก หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางเลือกหรือไม่ เช่น วิธีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือแพทย์ทางเลือกแบบตะวันตก การนวด-กดจุด ฟังเข็ม ยาสมุนไพร การจัดกระดูก เป็นต้น
☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด) (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
6. โปรดระบุอาการ หรือโรค ครั้งล่าสุดที่ท่านได้รับการรักษา
 วัน/เดือน/ปี/...../..... ชื่อสถานที่ / โรงพยาบาลที่รับการรักษา
 (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
7. ปัจจุบันท่านมีการรับประทานยา, ทายา หรือฉีดยาเป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรุณาระบุชื่อยาและโรคหรือเหตุผล)
8. สำหรับสุขภาพสตรี ปัจจุบันท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่ กรุณาระบุอายุครรภ์ เดือน
9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่
☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ชนิด ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
10. ท่านสูบบุหรี่หรือซิการ์หรือไม่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ วันละ มวน
11. ท่านเคยเสพสารเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่
12. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกัน/ การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย / ถูกปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย / การยกเว้นความคุ้มครองการประกันสุขภาพ, 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) |
| ☐ ประกันภัยสุขภาพ | บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท |
| ☐ ประกันภัยอุบัติเหตุ | บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท |
| ☐ ประกันชีวิต | บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท |
| ☐ ประกันภัยชดเชยรายได้ | บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท |
| ☐ ประกันภัยโรคร้ายแรง | บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท |
| ☐ ประกันภัยมะเร็ง | บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท |
- (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

14. คำถามเรื่องประวัติสุขภาพเพิ่มเติม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยอายุตั้งแต่ 40 ปี

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ที่จะแจ้งว่ามีโรคที่เป็นมาก่อนประกันภัย ดังต่อไปนี้

(กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความเพื่อแสดงข้อมูลประวัติสุขภาพของท่านสำหรับโรคที่เป็นมาก่อนการประกันภัย)

- | | |
|--|---|
| ☐ สมอเสื่อม | ☐ ดับแข็ง ดับวาย |
| ☐ มีภาวะไม่รู้สึกรู้สีกว่า 6 ชั่วโมง | ☐ ดับแข็ง - ไตวาย |
| ☐ ระบบการหายใจล้มเหลว | ☐ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด |
| ☐ เนื้องอกที่สมองแบบมีภาวะแทรกซ้อน | ☐ ความผิดปกติของเม็ดเลือดที่รุนแรง |
| ☐ ภาวะกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน / เติ้นเซ | ☐ ธาลัสซีเมีย (ยกเว้นพาหะ) |
| ☐ โรคโครห์น | ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| ☐ โรคปอดอักเสบสาหัสเฉียบพลัน | ☐ อาการเจ็บป่วยรุนแรง |
| ☐ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง | |

- ☐ ไม่มี/ไม่เป็นโรคที่กล่าวมาข้างต้น
- ☐ โรคอื่น ๆ โปรดแสดง

(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

ความคุ้มครองที่ผู้ขอเอาประกันภัยเลือก

1. ชื่อ แผน/แบบ ที่ท่านตัดสินใจเลือก :

ผู้ป่วยใน :

แผนสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ☐ แผนเอก ☐ แผนโท ☐ แผนตรี ☐ แผนจตุ ☐ แผนเบญจ

ชื่อกรมธรรม์ประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

2. ความคุ้มครองเพิ่มเติม

ผู้ป่วยนอก :

แผนสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล ☐ แบบที่ 1 ☐ แบบที่ 2 ☐ แบบที่ 3 ☐ แบบที่ 4 ☐ แบบที่ 5

3. ความคุ้มครองตาม Quotation No. : ชื่อแผน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยครั้งนี้ และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้ามอบอำนาจแก่บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูล (กรุณาให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ)

- ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการป่วย หรือการบาดเจ็บ รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท นวกิจประกันภัยจำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
- ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ ไม่มีความประสงค์
- ☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

“เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อท่านได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว”

.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่/...../.....

.....
(.....)
ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน
วันที่/...../.....

กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะ บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัยเท่านั้น โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

หมายเหตุ : รายละเอียดที่กรอกในใบสมัครมีระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องที่สุดของท่าน

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรุณาแนบเอกสารประกอบการพิจารณารับประกันภัย ดังนี้ :

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง