

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัย CANCER CAREFREE หมดห่วงเรื่องมะเร็ง
(การชำระเบี้ยประกันภัยแบบรายปี/ราย.....เดือน)

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

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง แผน เบี้ยประกันภัยรวม..... บาท

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย เป็น/เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
บิดา - มารดา, พี่ - น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ไม่เคย เคย
 สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ สถานพยาบาล
 สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ สถานพยาบาล
 สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ สถานพยาบาล
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ไม่เคย เคย
 โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ.....
 โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ.....
 โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ.....
- ผู้ขอเอาประกันภัยมีโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาเป็นประจำหรือไม่?
 ไม่มี มี โปรดระบุ

5. ประวัติการสูบบุหรี่ **ในอดีต** ไม่เคยสูบ เคยสูบบุหรี่.....มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ.....ปี ถึง ปี
ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบบุหรี่.....มวน

6. ผู้ขอเอาประกันภัยคุ้มครองสุขภาพ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่?
 ไม่ดื่ม ดื่ม ชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มนาน.....ปี

7. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
 โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
 ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง, ตับอักเสบบี ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
 ปากมดลูก, ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง
 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าชนิด/ ท่ออวัยวะใด)
 ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วหรือยัง เมื่อ ร.พ. ผลตรวจชิ้นเนื้อ.....
 แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ต่างๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
 ไม่เคย

หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่สถานพยาบาล

8. ท่านกำลังขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง หรือมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่?
 ไม่มี มี จำนวน บริษัท โดยมีรายชื่อบริษัททั้งหมดและจำนวนเงินเอาประกันภัยดังนี้

ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชั้นสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูล (กรุณาให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ)

- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ไม่มีความประสงค์
- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัย/หนังสือรับรองการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

- รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
- รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865