

เขียน บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับความคุ้มครองจากกรมประกันภัยความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และขอให้จัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยระบุวันที่ที่กรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับและเงื่อนไขความคุ้มครอง เมื่อบริษัทฯ ได้รับใบคำขอเอาประกันภัย และได้พิจารณารับประกันภัยจากเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯแล้ว

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

Full Name of Proposal (MR./MRS./MS.).....

2. ที่อยู่.....

3. ชื่อและที่อยู่สถานประกอบการ

3.1 3.3

3.2 3.4

4. ใบประกอบโรคศิลปะเลขที่.....ออกให้โดย.....

5. ท่านจบจากมหาวิทยาลัย.....ปี พ.ศ.

6. หลังจบการศึกษา ท่านได้ศึกษา / อบรม / มีงานเพิ่มเติม

6.1 6.2

7. ท่านเป็นสมาชิกของสมาคมการแพทย์ใด.....

8. โปรดระบุความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ของท่าน

อายุรแพทย์ รังสีแพทย์ ศัลยแพทย์ (โปรดระบุ).....

ศัลยแพทย์ตกแต่ง ทันตแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง (โปรดระบุ).....

วิสัญญีแพทย์ สูตินรีแพทย์ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

9. ท่านเป็นเจ้าของ (ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน) หรือบริหารโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลหรือไม่

ไม่เป็น เป็น (โปรดระบุรายละเอียด).....

10. จำนวนคนใช้ต่อปี.....คน

11. ข้อมูลด้านประกันภัย

11.1 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมี หรือมีการประกันภัยความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์บ้างหรือไม่

ไม่มี มี ชื่อบริษัท.....ระยะเวลาเอาประกันภัย.....วงเงินจำกัดความรับผิด.....

11.2 ผู้รับประกันภัยเคย

ยกเลิก ปฏิเสธการรับประกันภัย

ปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ หรือ

รับประกันภัย โดยมีเงื่อนไขพิเศษสำหรับการประกันภัยความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของท่านหรือไม่

ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด.....

11.3 ท่านเคยถูกเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากความประมาท ผิดพลาดหรือละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าอาจเกิดการเรียกร้องหรือไม่

ไม่เคย เคย วันเกิดเหตุ.....สาเหตุ.....ค่าสินไหมทดแทน.....

12. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับความคุ้มครองจากแผนประกันภัยความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์

(โปรดทำเครื่องหมาย เพียงข้อเดียวเท่านั้น)

	แผน 1	แผน 2
จำนวนเงินความคุ้มครอง	1,000,000 บาท / ครั้ง 2,000,000 บาท / ปี	2,000,000 บาท / ครั้ง 4,000,000 บาท / ปี
เบี้ยประกันภัย		
แพทย์กลุ่มที่ 1	<input type="checkbox"/> 10,442.13 บาท	<input type="checkbox"/> 14,793.82 บาท
แพทย์กลุ่มที่ 2	<input type="checkbox"/> 11,603.08 บาท	<input type="checkbox"/> 16,437.34 บาท
แพทย์กลุ่มที่ 3	<input type="checkbox"/> 12,891.36 บาท	<input type="checkbox"/> 18,262.76 บาท

13. ข้าพเจ้าประสงค์ชำระเบี้ยประกันภัยโดย

ผ่าน ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

เช็ค หมายเลข.....

ตัดบัญชีบัตรเครดิต ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

ชำระที่บริษัทฯ เป็นเงินสด/บัตรเครดิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแสดงตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา ระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทกรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย