




ใบคำขอเอาประกันภัย แผนประกันภัยสุขภาพ สมาร์ทแคร์ แคนเซอร์

(ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)

ประเภทการประกันภัย

รายบุคคล (ส่วน ก.)

แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข.)

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน 
- บัตรประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่ (กรุณาแนบลำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน - เดือน - ปีเกิด เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำ
รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท
สถานที่ทำงาน 
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
ที่อยู่ 
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ ถึงวันที่

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก

แผน 1 บาท แผน 2 บาท แผน 3 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัยโรคมะเร็ง บาท

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย 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 ชื่อสถานพยาบาล
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ไม่เคย เคย
โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล เมื่อ
- ประวัติการสูบบุหรี่ **ในอดีต** ไม่เคยสูบ เคยสูบวันละ มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ปี ถึง ปี
ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบวันละ มวน
- ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
 โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
 ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง, ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
 ปากมดลูก, ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่าเป็นชนิด/ที่อวัยวะใด.....
.....) ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วหรือยัง.....เมื่อ.....ร.พ.....
แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
 ไม่เคย
หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล
- ท่านกำลังขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง มีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ทำให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ไม่มี มี ชื่อบริษัท ทุนประกัน บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญา

ประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
()

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ โบราณฤตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง (ส่วน ข. คู่สมรส)

ประเภทการประกันภัย

รายบุคคล (ส่วน ก.)

แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข.)

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

รายละเอียดของบุตร

ชื่อ - นามสกุลบุตร (อายุ 1 - 22 ปี)	วัน - เดือน - ปีเกิด
1.	
2.	

ประวัติทางการแพทย์ : คู่สมรส/บุตร (ต้องกรอกและลงนามโดยคู่สมรสเอง)

1. คู่สมรส หรือสมาชิกครอบครัวของคู่สมรส เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
คู่สมรส	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
บิดา - มารดา, พี่ - น้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาคู่สมรส (หรือ บุตร) เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ไม่เคย เคย สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ ชื่อสถานพยาบาล
3. คู่สมรส (หรือ บุตร) เคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ไม่เคย เคย
โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ
4. ประวัติการสูบบุหรี่ **ในอดีต** ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่ มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ปี ถึง ปี
ปัจจุบัน ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ มวน
5. คู่สมรส (หรือ บุตร) เคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
 โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะ หรือเคยเป็น) โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
 ปอดอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง, ตับอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
 ปากมดลูก, ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (แพทย์ระบุว่า เป็นชนิด/ที่ร้ายแรงใด.....) ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วหรือยัง.....เมื่อ.....ร.พ.....
 แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุก ๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
 ไม่เคย
 หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล
6. ท่านกำลังขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง มีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด
 ไม่มี มี ชื่อบริษัท ทุนประกัน บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อคู่สมรส

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้