ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล (“มนุษย์เงินเดือน”)

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

วัน / เดือน / ปี เกิด .....อายุ .....ปี เพศ.....น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์..... อีเมล์.....อาชีพ.....ลักษณะงาน.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....

โปรดระบุแผนความคุ้มครองที่ต้องการ ☐ แผน 1 ☐ แผน 2 ☐ แผน 3 ☐ แผน 4

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุ หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

   ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี ระบุ……

2. ท่านเคยเป็น หรือมีอาการที่รับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการตรวจรักษา หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคหัวใจ อาการเจ็บหน้าอก โรคความดันโลหิตสูง โรคทางสมอง โรคปอด โรคเนื้องอกหรือมะเร็งโรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคลมชัก ไข้รูมาติค โรคเก๊าท์ โรคกระดูก ข้อต่อ/กล้ามเนื้อ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ โรคเลือด โรคที่เกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ หรือ ต่อมไร้ท่ออื่นๆ โรคเกี่ยวกับระบบประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหรือ ความผิดปกติอื่นๆที่ร้ายแรง หรือมีส่วนใดส่วนหนึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ หรือไม่?

   ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี ระบุ……

3. ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือแนะนำให้ผ่าตัด หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตร้าซาวด์ เอ็กซ์เรย์ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพัก รักษาตัวเป็นคนไข้ของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก หรือไม่?

   ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี ระบุ……

4. ปัจจุบันท่านใช้ หรือเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ หรือไม่ ?

   ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี ระบุ……

5. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?
   โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น และโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัย

   ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี ระบุ ……บุคคลที่เป็น……

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้าให้บริษัทบอกล้างสัญญานี้ได้ และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ได้เกิดขึ้นแล้ว อังเนื่องจากการแถลงเท็จหรือการปกปิด ไม่แจ้งความจริงหรือไม่ปฏิบัติตามเลื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าทุกประการ

โดยใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาหรือเคยตรวจรักษา ข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และถ่ายสำเนาเอกสารการตรวจวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัท

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

หมายเหตุ : เพื่อประโยชน์ของท่าน และเพื่อความรวดเร็วในการพิจารณารับประกันภัย โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนทุกรายการ

คำเตือน

ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามใบแจ้งความประสงค์ขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธ ความรับผิดตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865