



ใบคำขอเอาประกันภัย  
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงวัย

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล.....เพศ  ชาย  หญิง  
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี น้ำหนัก(กก.)/ส่วนสูง(ซม.)...../..... เชื้อชาติ / สัญชาติ...../.....  
 บัตรประจำตัวประชาชน.....  บัตรประจำตัวข้าราชการ.....  หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

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

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ : แผนที่ .....

5. การชำระเบี้ยประกันภัย :  รายปี  ราย.....เดือนติดต่อกัน โดยวิธี

เงินสด

บัตรเครดิต ธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....

ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา.....

บัญชีเลขที่.....

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้นตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชก โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีไขมันโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบ B,C โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน(Ascites) โรคเอสแอลอี( SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease) อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia) เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์โรคร้ายแรงเรื้อรังอื่นๆ ตลอดจนเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากโรค/การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุใดๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

8. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ ( หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดงการรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับและวันเวลาดังกล่าว)

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

ผู้ขอประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

**คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย**

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ หรือที่บริษัททักเฝ้าตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

.....  
(.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

...../...../.....  
วัน / เดือน / ปี

- ประกันภัยโดยตรง       ตัวแทนประกันวินาศภัย       นายหน้าประกันวินาศภัย

..... ใบอนุญาตเลขที่ .....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**  
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือใช้สิทธิบอกล้างสัญญาได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865