

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง เมืองไทย Smile Cancer

FM-APP-06-085

เลขที่ใบคำขอ

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ e-mail address.....
- บัตรประชาชน เลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ (ปีปัจจุบันลบปีเกิด)..... ปี (รับประกันอายุ 15-59 ปี)
เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- ท่านมีอาชีพเป็นพนักงานในโรงงานผลิตแบตเตอรี่, พนักงานในโรงงานผลิตถ่านไฟฉาย, พนักงานในโรงงานไฟฟ้า นิวเคลียร์, พนักงานในโรงงานปิโตรเลียม, พนักงานในโรงงานที่ต้องใช้กัมมันตภาพรังสีในการผลิต เช่น โรงงานผลิต เครื่องมือทางการแพทย์, พนักงาน/ คนงานในเหมืองนิกเกิล หรือ ทำงานที่ต้องสัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและ น้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos)
 ใช่ ไม่ใช่ โปรดระบุอาชีพของท่าน
รายได้ประจำ/เดือน บาท รายได้อื่นๆ/เดือน บาท
สถานที่ทำงาน..... ☎
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประกันภัย.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
ที่อยู่..... ☎
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ แผน 1 แผน 2 แผน 3

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? มะเร็งเต้านม, มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก, มะเร็งรังไข่, มะเร็งลำไส้, มะเร็งจอตา หรือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว
 ไม่เคย เคย โปรดระบุโรคมะเร็งที่เคยเป็น.....
โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....
- พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งอื่นๆ (นอกเหนือจากมะเร็งในข้อ 1) หรือไม่?
 ไม่เคย เคย โปรดระบุโรคมะเร็งที่เคยเป็น.....
โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....
- ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต ไม่เคยสูบ เคยสูบ วันละ.....มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ...ปี ถึงอายุ.....ปี รวม.....ปี
ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบ วันละ.....มวน
- ผู้ขอเอาประกันภัยรับรู้ด้วยตัวเองว่า “เคยป่วย” หรือ “ได้รับการรักษาจากแพทย์” หรือ “กำลังป่วย” ด้วยโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่?
4.1 โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น), โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV,
ปอดอักเสบเรื้อรัง, ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง, ตับแข็ง, ตับอักเสบบี, ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง หรือ โรคมะเร็ง
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

4.2 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ

- ไม่เคย เคย (โปรดระบุประเภท..... อวัยวะที่เป็น.....)
- ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด
 - ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
 - ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี.....โรงพยาบาล.....
ผลตรวจเนื้อเยื่อ ปกติ ไม่ปกติ

4.3 ซีสต์

- ไม่เคย เคย (โปรดระบุประเภท.....)
- แพทย์นัดติดตามผล ทุก ๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
 - ซีสต์นั้นได้รับการผ่าตัดให้หายขาดไปแล้วและผลชิ้นเนื้อปกติ
 - ซีสต์ที่แพทย์ระบุว่าป็นถุงน้ำที่ไต (Renal Cyst) หรือถุงน้ำที่เยื่อหุ้มกระดูก (Ganglion Cyst)
 - ซีสต์ตามร่างกายที่แพทย์ระบุว่าป็นซีสต์ของต่อมไขมัน (Sebaceous Cyst)
 - Chocolates Cyst หรือเยื่อบุมดลูกเจริญผิดปกติที่ (Endometriotic Cyst)

5. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใดกับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใด ที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

- ไม่มี มี ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัยบาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท **เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอให้ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

วันที่ / /

(สำหรับเจ้าหน้าที่) ชื่อผู้ส่งงาน..... รหัสผู้ส่งงาน..... รหัสสาขา..... โทรศัพท์.....