



ศรีอยุธยาประกันภัย
THE AYUDHYA INSURANCE

ประเภทการประกันภัย

รายบุคคล (ส่วน ก.)

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว)
ที่อยู่ปัจจุบัน
- บัตรประชาชนเลขที่ หนังสือเดินทาง (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน - เดือน - ปีเกิด.....พ.ศ..... อายุ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ.....
.....รายได้ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท
สถานที่ทำงาน
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกันภัย ความสัมพันธ์
ที่อยู่
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ ถึงวันที่
- การชำระเบี้ยประกันภัย: รายปี

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือก จำนวนเงินเอาประกันภัยโรคมะเร็ง 200,000 300,000 500,000

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

- ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็น 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** ไม่สูบ สูบวันละ มวน ตลอดระยะเวลา 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 (แพทย์ระบุว่า เป็นชนิด/ที่อวัยวะใด)ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วหรือยัง.....เมื่อ.....ร.พ.....
 แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ทุกๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
 ไม่เคย
 หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ปกติ รักษาอยู่ สถานพยาบาล
- ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการประกันอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด
 ไม่มี มี ชื่อบริษัททุนประกัน บาท

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท ศรีอยุธยาประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท **เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
()

ตัวแทน นายหน้าประกันภัยรายนี้ โบราณเลขที่

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้