



ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

แบบและข้อความใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง

1. รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง..... ซม.

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ซอย..... หมู่บ้าน ถนน.....

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

2. ท่านมีอาชีพเป็นพนักงานในโรงงานผลิตแบตเตอรี่, พนักงานในโรงงานผลิตถ่านไฟฉาย, พนักงานในโรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์, พนักงานในโรงงานปิโตรเลียม, พนักงานในโรงงานที่ต้องใช้กัมมันตภาพรังสีในการผลิต เช่น โรงงานผลิตเครื่องมือทางการแพทย์, พนักงาน/คนงานในเหมืองนิกเกิล หรือ ทำงานที่ต้องสัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos)

ใช่ ไม่ใช่ โปรดระบุอาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

ชื่อสถานที่ทำงาน

ที่อยู่..... โทร.....

3. ผู้รับประกัน ชื่อ - นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ที่อยู่..... โทร.....

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นความคุ้มครองวันที่..... เวลา.....น. สิ้นสุดความคุ้มครองวันที่..... เวลา 24.00 น.

5. มีความประสงค์จะขอรับความคุ้มครอง แผน.....

ชื่อคอกงคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัยสำหรับแต่ละช่วงอายุ (บาท)

6. ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

6.1 ปัจจุบันท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใดกับ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใด ที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด

ไม่มี มี บริษัท..... จำนวนเงินผลประโยชน์

6.2 สมาชิกในครอบครัวของท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่ มะเร็งเต้านม, มะเร็งมดลูก, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งรังไข่, มะเร็งลำไส้, มะเร็งต่อมลูกหมาก, มะเร็งจอตา หรือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว

ไม่เคย เคย บุคคลที่เป็น โรคมะเร็งที่เป็น.....



- 6.3 สมาชิกในครอบครัวของท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งอื่นๆ (นอกเหนือจากมะเร็งในข้อ 6.2) หรือไม่
 ไม่เคย เคย บุคคลที่เป็น โรคมะเร็งที่เป็น
- 6.4 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่
 ไม่ดื่มเลย ดื่มเป็นครั้งคราว ดื่มเป็นประจำ
- 6.5 ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 ในอดีต ไม่เคยสูบ เคยสูบ วันละ.....มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ.....ปี ถึงอายุ.....ปี รวม.....ปี
 ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบ วันละ.....มวน
- 6.6 ท่านเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือคำแนะนำจากแพทย์ หรือกำลังป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่
- โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น), โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV, ปอดอักเสบเรื้อรัง, ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง, ตับแข็ง, ตับอักเสบ, ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง หรือ โรคมะเร็ง
 - ไม่เคย/ไม่มี มี โปรดระบุ
 - เมื่อก่อน ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ
 - ไม่เคย/ไม่มี มี โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....
 - ปัจจุบันยังเป็นอย่างนี้และยังไม่ได้ผ่าตัด
 - ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
 - ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย

เมื่อเดือน/ปี..... โรงพยาบาล.....

ผลตรวจเนื้อเยื่อ ปกติ ไม่ปกติ
 - ซีสต์
 - ไม่เคย/ไม่มี มี โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....
 - แพทย์นัดติดตามผล ทุก ๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
 - ซีสต์นั้นได้รับการผ่าตัดให้หายขาดไปแล้วและผลชิ้นเนื้อปกติ
 - ซีสต์ที่แพทย์ระบุว่าป็นถุงน้ำที่ไต (Renal Cyst) หรือถุงน้ำที่เชื่อมหุ้มกระดูก (Ganglion Cyst)
 - ซีสต์ตามร่างกายที่แพทย์ระบุว่าป็นซีสต์ของต่อมไขมัน (Sebaceous Cyst)
 - Chocolates Cyst หรือเยื่อบุมดลูกเจริญผิดปกติ (Endometriotic Cyst)
 - โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ โรคเลือด โรค SLE โรคที่เกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ หรือต่อมไร้ท่ออื่นๆ
 โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ร้ายแรง หรือทุพพลภาพหรือไม่
 - ไม่เคย/ไม่มี มี โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....
- 6.7 ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือแนะนำให้ผ่าตัด หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็น คนไข้ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก หรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี มี โปรดระบุ



ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าและ/หรือครอบครัวของข้าพเจ้า มีสุขภาพดี และ ไม่เคยตรวจพบ หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งมาก่อน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อ ไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทเอง

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

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

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันเดือนปี

- ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย

ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
 25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

แบบฟอร์มคำยินยอมการเปิดเผยข้อมูลและนำส่งข้อมูล
การหักลดหย่อนค่าเบี้ยประกันภัยสุขภาพ สำหรับการหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

สำหรับการประกันภัยสุขภาพของผู้มีเงินได้

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย เบอร์ติดต่อ อีเมล

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์ ดังนี้

- ไม่มีความประสงค์** จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
- มีความประสงค์** จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรในนามของผู้เอาประกันภัย และเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด และขอให้หักลดหย่อนค่าเบี้ยประกันภัยดังกล่าวไปนี้
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวผู้เสียภาษี
- เลขประจำตัวผู้เสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
- ทุกกรมธรรม์ประกันภัยที่สามารถใช้สิทธิลดหย่อนภาษี ซึ่งได้ทำกับบริษัทฯ
- เฉพาะกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 1. 2. 3. 4.

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข โดยการแสดงเจตนาข้างต้นให้มีผลตั้งแต่วันที่ทำเรื่องนี้เป็นต้นไป จนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อบริษัทฯ

ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่ / /

สำหรับการประกันภัยสุขภาพของบิดามารดาของผู้มีเงินได้ รวมทั้งบิดามารดาของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เบอร์ติดต่อ อีเมล

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมาย เป็นคู่สมรสของบุตรชอบด้วยกฎหมาย

อัตราส่วนของเบี้ยประกันภัยที่ชำระ (ร้อยละ) กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ในฐานะผู้ชำระเบี้ยประกันภัยขอแจ้งความประสงค์ ดังนี้

- ไม่มีความประสงค์** จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
- มีความประสงค์** จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนด
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวผู้เสียภาษี
- เลขประจำตัวผู้เสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย เบอร์ติดต่อ อีเมล

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัยขอแจ้งความประสงค์การยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ที่กรมสรรพากรกำหนดดังนี้ ไม่ยินยอม ยินยอม

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขประจำตัวผู้เสียภาษี

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีสำหรับชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ที่ได้รับจากกรมสรรพากร ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข โดยการแสดงเจตนาข้างต้นให้มีผลตั้งแต่วันที่ทำเรื่องนี้เป็นต้นไป จนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรต่อบริษัทฯ

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่ / /