

ใบคำขอเอาประกันภัย
สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยโรคร้ายแรง

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี
 น้าหนัก/ส่วนสูง/.....เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่
 โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมลล์.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุลความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย:.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่...../...../.....เวลา 00.01 น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.

4. ความคุ้มครองที่ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับสำหรับแผนประกันภัยนี้คือ

ความคุ้มครอง	แผนประกันภัยที่ต้องการ
หมวดที่ 1 โรคร้ายแรง ผู้เอาประกันภัยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคร้ายแรง โรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● โรคมะเร็งระยะลุกลาม ● โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด ● โรคหลอดเลือดสมอง ● โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ ● ภาวะหมดสติ 	<input type="radio"/> แผน 1 ทุนประกันภัย..... <input type="radio"/> แผน 2 ทุนประกันภัย..... <input type="radio"/> แผน 3 ทุนประกันภัย..... <input type="radio"/> แผน 4 ทุนประกันภัย..... <input type="radio"/> แผน 5 ทุนประกันภัย.....
หมวดที่ 2 การตรวจวินิจฉัยซ้ำ	บาท

5. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

โดยแบ่งชำระเป็นงวด รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี โดย
 เงินสด
 บัตรเครดิต ธนาคารหมายเลขบัตรเครดิตบัตรหมดอายุ.....
 ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา.....
 บัญชีเลขที่

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท ต่อ งวด ปี (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันหรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

- เคย โปรดระบุ ไม่เคย

7. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือ ได้รับบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือแนะนำให้ผ่าตัด หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอกซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 14 วันหรือไม่

- เคย โปรดระบุ ไม่เคย

8. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือ ได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่? โปรดระบุ

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> โรคมะเร็งทุกชนิด | <input type="radio"/> เนื้องอก ก้อนเนื้อ คั่งเนื้อ | <input type="radio"/> โรคหัวใจ |
| <input type="radio"/> โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) | <input type="radio"/> โรคเบาหวาน | <input type="radio"/> ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mm.Hg. |
| <input type="radio"/> โรคตับแข็ง /ไวรัสตับอักเสบบ B,C | <input type="radio"/> โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย | <input type="radio"/> โรคปอดอักเสบ ,โรคถุงลมโป่งพอง |
| <input type="radio"/> โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV | <input type="radio"/> มีอาการเจ็บหน้าอก | |

9. ปัจจุบันท่านใช้ หรือเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ไซ้หรือไม

- ไซ้ โปรดระบุ ไม่ไซ้

10. บิดา มารดา หรือพี่น้อง ของผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือโรคไตวาย หรือไม่?

- เคย/มี ไม่เคย/ไม่มี

หากท่านตอบว่าเคย หรือ มีในข้อ 7-9 โปรดให้รายละเอียด

ชื่อ-นามสกุล	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย	สาเหตุการเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต	วันที่เสียชีวิต/เข้ารับการรักษา

ขณะนี้อาการ ปกติ รักษาครั้งสุดท้ายเมื่อ (เดือน/ปี)..... ยังรักษาอยู่ ณ สถานพยาบาล.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่..... ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย
 ()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อมิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865