

เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทรศัพท์: 0 2665 4000, 0 2290 3333, โทรสาร: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
 Muang Thai Insurance Public Company Limited
 252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310
 Telephone: 0 2665 4000, 0 2292 3333, Facsimile: 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033
 www.muangthaiinsurance.com, Call Center 1484

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง เมืองไทย Smile Cancer

เลขที่ใบคำขอ

FM-APP-06-085

1. ชื่อ/นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน.....	แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับติดต่อ/ส่งเอกสาร <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	
เลขที่.....	หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน.....	แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ทำงาน ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน	
เลขที่.....	หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน.....	แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
2. บัตรประชาชนเลขที่ ____ - ____ - ____ - ____ - ____ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)	
3. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... อายุ (ปีปัจจุบันลบปีเกิด).....ปี (รับประกันภัยอายุ 15-59 ปี กรณีต่ออายุรับถึง 65 ปี) เพศ..... ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม	
4. ท่านมีอาชีพเป็นพนักงานในโรงงานผลิตแบตเตอรี่ พนักงานในโรงงานผลิตถ่านไฟฉาย พนักงานในโรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์ พนักงานในโรงงานปิโตรเลียม พนักงานในโรงงานที่ต้องใช้กัมมันตภาพรังสีในการผลิต เช่น โรงงานผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ พนักงาน/คนงานในเมืองนิกเกิล หรือทำงานที่ต้อง สัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos) <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ โปรดระบุอาชีพของท่าน..... รายได้ประจำเดือน.....บาท รายได้อื่น ๆ ต่อเดือน.....บาท สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....	
5. ชื่อ/นามสกุลผู้รับประกันภัย <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....	
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.	

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ

☐ แผน 1☐ แผน 2☐ แผน 3

ประวัติทางการแพทย์: ผู้ขอเอาประกันภัย

1. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งจอตา หรือมะเร็งเม็ดเลือดขาว <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุโรคมะเร็งที่เคยเป็น..... โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....	
2. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งอื่น ๆ (นอกเหนือจากมะเร็งในข้อ 1.) หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุโรคมะเร็งที่เคยเป็น..... โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....	
3. ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต <input type="checkbox"/> ไม่เคยสูบ <input type="checkbox"/> เคยสูบ วันละ.....มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ.....ปี ถึงอายุ.....ปี รวม.....ปี ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ วันละ.....มวน	

ประวัติทางการแพทย์: ผู้ขอเอาประกันภัย (ต่อ)

4. ผู้ขอเอาประกันภัยรับรู้ด้วยตัวเองว่า “เคยป่วย” หรือ “ได้รับการรักษาจากแพทย์” หรือ “กำลังป่วย” ด้วยโรสดังต่อไปนี้หรือไม่?
- 4.1 โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV ปอดอักเสบเรื้อรัง ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ปากมดลูกหรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง หรือโรคมะเร็ง
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- 4.2 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุประเภท..... อวัยวะที่เป็น.....
- ☐ ปัจจุบันยังเป็นผู้ป่วย และยังไม่ผ่าตัด
- ☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
- ☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน..... พ.ศ. โรงพยาบาล.....
- ผลตรวจเนื้อเยื่อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
- 4.3 ซีสต์
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุประเภท.....
- ☐ แพทย์นัดติดตามผลทุก ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี
- ☐ ซีสต์นั้นได้รับการผ่าตัดให้หายขาดไปแล้วและผลชิ้นเนื้อปกติ
- ☐ ซีสต์ที่แพทย์ระบุว่าปอดน้ำที่ไต (Renal Cyst) หรือถุงน้ำที่เยื่อหุ้มกระดูก (Ganglion Cyst)
- ☐ ซีสต์ตามร่างกายที่แพทย์ระบุว่าปอดน้ำของต่อมไขมัน (Sebaceous Cyst)
- ☐ Chocolate Cyst หรือเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriotic Cyst)

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

☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อบริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด
- หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
- โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว

.....
()	()	()
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลงลายมือชื่อผู้แทนโดนชอบธรรม	ลงชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทน
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.	กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุไม่เกิน 20 ปี	วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
	วันที่..... เดือน..... พ.ศ.	

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณารับประกันภัยในปีต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขความคุ้มครอง และ/หรือค่าเบี้ยประกันภัยให้เหมาะสมกับปัจจัยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามทั้งหมดตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865