



ใบคำขอเอาประกันภัย  
กรมธรรม์ประกันภัยแคนเซอร์ โพรเท็ค

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน .....  
โทรศัพท์.....
- ☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ ..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน/เดือน/ปีเกิด ..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
- อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....
- รายละเอียดลักษณะงาน.....  
รายได้ประจำ/เดือน ..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน ..... บาท  
สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์.....
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....  
ที่อยู่.....  
โทรศัพท์.....
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ ..... เวลา 00.01 น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 24.00 น.  
(กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุโดยอัตโนมัติหากมีการชำระเบี้ยประกันภัย)

โปรดระบุแผนความคุ้มครองที่ต้องการ ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ แผน .....

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

เลือกชำระเบี้ยประกันภัยโดยอัตโนมัติเป็นงวด ☐ รายเดือน ☐ รายปี โดยวิธี

- ☐ ชำระโดยผ่านบัตรเครดิตธนาคาร ..... หมายเลขบัตรเครดิต ..... บัตรหมดอายุ .....
- ☐ ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ..... สาขา ..... บัญชีเลขที่ .....
- ☐ อื่นๆ .....

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ ..... บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ประวัติทางการแพทย์: ผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีประกันโรคมะเร็งหรือกำลังขอเอาประกันภัยกับบริษัท ประกันภัยไทยวัฒน์ จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่น ที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุบริษัทและจำนวนเงินเอาประกันภัย  
☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อบริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต ประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันภัยชดเชยรายได้ หรือถูกปฏิเสธ การต่ออายุสัญญา ถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุ  
☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อบริษัท ..... สาเหตุ .....
- ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือขณะนี้รับการรักษาอยู่ หรือได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคมะเร็ง โรคไวรัสตับอักเสบ B,C โรคตับแข็ง ตับอักเสบ หรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุ  
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- ท่านเคยได้รับเชื้อ หรือมีอาการ หรือเคยได้รับการรักษา หรือขณะนี้รับการรักษาอยู่ หรือได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ด้วยโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคปอดอักเสบเรื้อรัง โรคไตไตใหญ่อักเสบเรื้อรัง โรคปากมดลูกหรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง หรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุ  
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....



5. ท่านเป็นหรือรับรู้ด้วยตนเองว่าเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์หรือไม่ (หากเคยโปรดระบุปี/พ.ศ./อวัยวะที่เป็น/มีการผ่าตัดหรือผลตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่/ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ผ่าตัดหรือรักษาต่อเนื่องหรือไม่)
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ .....
6. บิดา มารดา พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัยเป็น หรือเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามีโปรดระบุชนิดของมะเร็ง และบุคคลที่เป็น
<input type="radio"/> ไม่มี
<input type="radio"/> มี โปรดระบุบุคคลที่เป็นหรือเคยเป็น..... โปรดระบุโรคมะเร็งที่เป็นหรือเคยเป็น.....
7. ปัจจุบันท่านใช้ หรือเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมาหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยได้รับการรักษา เกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษหรือไม่ ถ้าใช่ หรือเคยใช้โปรดระบุ
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ .....
8. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ หากสูบบุหรี่เคยสูบบุหรี่จำนวนต่อวัน ระยะเวลาานกี่ปี
ในอดีต <input type="radio"/> ไม่เคยสูบ <input type="radio"/> เคยสูบบุหรี่ ..... มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี
ปัจจุบัน <input type="radio"/> ไม่สูบ <input type="radio"/> สูบบุหรี่ ..... มวน
<b>สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้</b>
ท่านมีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
<input type="radio"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท ประกันภัยไทยวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....
<input type="radio"/> ไม่มีความประสงค์
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่บริษัท ประกันภัยไทยวัฒน์ จำกัด (มหาชน)
บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท
ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้
ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว
วันที่..... ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย .....
( )
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ .....
<b>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</b>
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865