

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 Cancer 2 Care

FM-APP-06-165

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ/นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....
ท่านมีอาชีพเป็นพนักงานในโรงงานผลิตแบตเตอรี่ พนักงานในโรงงานผลิตถ่ายไฟฉาย พนักงานในโรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์ พนักงานในโรงงานปิโตรเลียม พนักงานในโรงงานที่ต้องใช้แก๊สมันดราฟรังส์ในการผลิต เช่น โรงงานผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ พนักงาน/คนงานในเมืองนิกเกิล หรือทำงานที่ต้องสัมผัสฝุ่นละอองจากถ่านหินและน้ำมัน
ฝุ่นแร่ใยหิน (Asbestos)
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุอาชีพของท่าน.....
รายได้ประจำต่อเดือน.....บาท รายได้อื่น ๆ ต่อเดือน.....บาท
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อสะดวก เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... อีเมล.....

ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

2. รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์

1. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
2. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.

ความคุ้มครองเริ่ม ณ วันที่ชำระเบี้ยประกันภัย หลังจากผ่านการพิจารณารับประกันภัยแล้ว

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ

☐ แผน 1

☐ แผน 2

☐ แผน 3

เบี้ยประกันภัย.....บาท

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ

1. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่?

มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งจอตา หรือมะเร็งเม็ดเลือดขาว

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุโรคมะเร็งที่เคยเป็น.....

โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....

2. พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งอื่น ๆ (นอกเหนือจากมะเร็งในข้อ 1) หรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุโรคมะเร็งที่เคยเป็น.....

โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น.....

3. ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต ☐ ไม่สูบ ☐ เคยสูบ วันละ.....มวน สูบเป็นเวลานาน.....ปี

ปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ วันละ.....มวน สูบเป็นเวลานาน.....ปี

4. ผู้ขอเอาประกันภัยรับรู้ด้วยตัวเองว่า “เคยป่วย” หรือ “ได้รับการรักษาจากแพทย์” หรือ “กำลังป่วย” ด้วยโรคต่อไปนี้หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

4.1 โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV ปอดอักเสบเรื้อรัง ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ปากมดลูกหรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง โรคมะเร็ง

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

4.2 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุประเภท..... อวัยวะที่เคยเป็น.....

☐ ปัจจุบันยังเป็นอยู่ และยังไม่ผ่าตัด

☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย

☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปี ก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน..... พ.ศ..... โรงพยาบาล.....

ผลตรวจเนื้อเยื่อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

4.3 ซีสต์

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุประเภท.....

☐ แพทย์นัดติดตามผลทุก ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี

☐ ซีสต์นั้นได้รับการผ่าตัดให้หายขาดไปแล้วและผลชิ้นเนื้อปกติ

☐ ซีสต์ที่แพทย์ระบุว่าป็นถุงน้ำที่ไต (Renal Cyst) หรือถุงน้ำที่เยื่อหุ้มกระดูก (Ganglion Cyst)

☐ ซีสต์ตามร่างกายที่แพทย์ระบุว่าป็นซีสต์ของต่อมไขมัน (Sebaceous Cyst)

☐ Chocolates Cyst หรือเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriotic Cyst)

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

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

ผู้ขอเอาประกันภัย ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย ต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

☐ ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่ยินยอม

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อประกันสุขภาพให้กับ

☐ ตนเอง

☐ บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพ ไม่เกิน 15,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า จะต้องมียาได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี) กรุณาระบุรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย: ชื่อ/นามสกุล.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน

☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ

☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่สรรพากรกำหนด หากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ

บริษัทฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิ์ทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....
ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม*
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

.....
ชื่อตัวแทน/รหัสตัวแทนประกันวินาศภัย
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

*ผู้แทนโดยชอบธรรมลงนาม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865