

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสยามชีวิตที่คุ้มครองการไม่สามารถประกอบอาชีพได้

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่ เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> ม่าย <input type="checkbox"/> หย่า		เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	
วัน/เดือน/ปีเกิด	ความสูง	น้ำหนัก	เชื้อชาติ / สัญชาติ
2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....			
3. อาชีพ อาชีพประจำตำแหน่ง..... หน้าที่รับผิดชอบ..... ลักษณะธุรกิจ..... เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ..... บาท รายได้อื่น ๆ ปีละ..... บาท แหล่งที่มา.....			
4. ชื่อผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	
5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 12.00 น.			
6. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ บาท			
7. ปัจจุบันท่านมีหรือขอเอาประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือประกันภัยแบบเดียวกันกับที่กำลังขอเอาประกันภัยนี้ไว้กับบริษัท หรือกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด ในตารางข้างล่างนี้			
ชื่อบริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)		
8. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต การขอเอาประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด.....		
9. ก) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ ถ้าสูบ ปริมาณวันละกี่มวน สูบเป็นเวลานานติดต่อกัน ปี ถ้าเลิกสูบ เลิกสูบตั้งแต่เมื่อไร สาเหตุของการเลิกสูบ..... ข) ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> เป็นประจำ ค) ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ทำให้โทษร้ายแรงหรือ เคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....			
10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาท่านทราบว่าเป็นหรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือได้รับการรักษาโรคหรืออาการต่อไปนี้บ้างหรือไม่ (ถ้าตอบว่าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดชื่อโรค หรืออาการ ในข้อ 12)	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	
10.1 โรคหัวใจ ไขมันหัวใจ หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ เกี่ยวกับหัวใจ			
10.2 โรคลมชัก ลมบ้าหมู โรคเกี่ยวกับสมอง เยื่อหุ้มสมอง			

10.3	โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน		
10.4	โรคใด ๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง หรือกระดูก (นอกเหนือจากกระดูกหักจากอุบัติเหตุ) กล้ามเนื้อเสื่อม แขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โปลิโอ โรคไขข้อ		
10.5	โรคไต โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง		
10.6	มะเร็งทุกชนิด เนื้องอก ตุ่มเนื้อ ฝีหรืออวัยวะใด ๆ ที่งอกขึ้น หรือโตขึ้นผิดปกติ		
10.7	โรคธาลัสซีเมีย โรคภูมิแพ้ตัวเอง โรคต่อมไทรอยด์ หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine)		
10.8	ไข้อีกรัง ไข้อื่นเลือด โรคปอด ถุงลมโป่งพอง วัณโรค		
10.9	หอบหืด โรคภูมิแพ้ หรือโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ		
10.10	ความดันโลหิตสูง – ต่ำ เจ็บหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะบ่อย ๆ ภาวะผิดปกติของจิตใจ หรือระบบประสาท		
10.11	โรคสำไส้ ไล่เลื้อน ริดสีดวงทวารหนักอักเสบเรื้อรัง		
10.12	ปัสสาวะมีเลือดปน นิ่ว ภูน้ำดี โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส		
10.13	โรคภายในสตรี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค ซิฟิลิส หนองใน		
10.14	ผู้ขอเอาประกันภัยมีความผิดปกติของร่างกาย หรือพิการตั้งแต่กำเนิด / จากอุบัติเหตุหรือไม่		
10.15	ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยด้วยโรค จนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่		
10.16	เข้ารับการผ่าตัด หรือเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัด		
10.17	ผู้ขอเอาประกันภัยมีโรคประจำตัว หรือเคยเป็นโรคร้ายแรง เรื้อรังใด ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่		
11	ท่านเป็นโรคเอดส์ หรือเคยตรวจพบเลือดบวกที่มีเชื้อไวรัส HIV หรือ มีอาการต่อไปนี้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมมน้ำเหลืองโต เหงื่อออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดปกติเกิดขึ้น ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือไม่		
12	หากผู้ขอเอาประกันภัยตอบว่า "เคย/มี" ในข้อใด โปรดแถลงรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อนี้		
ชื่อ	โรค/ อาการปัจจุบัน (ถ้าหายแล้ว ระบุ "หายแล้ว")	ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา	ชื่อแพทย์ – สถานพยาบาล
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ค่าขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว			
วันที่ เดือน พ.ศ.			
ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย			
()			
<input type="checkbox"/> ตัวแทน Agent <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัยรายนี้ Broker ใบอนุญาตเลขที่ License No.			
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้			