

**ใบคำขอเอาประกันภัย**  
**กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดต่อแบบระบุโรค (NAMED PERILS INSURANCE)**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล.....  
 วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ..... ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....  
 บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรประจำตัวข้าราชการ  หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
 อาชีพ..... ตำแหน่ง.....  
 ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์: ทายาทโดยธรรม

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.  
 มีความประสงค์จะขอรับความคุ้มครอง

เลือก	แผน	เบี้ยประกัน
<input type="checkbox"/>	1	99
<input type="checkbox"/>	2	199
<input type="checkbox"/>	3	299

4. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย : รายปี

ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร

**กลีกรไทย ซื่อบัญชี บจก.ที่ปรึกษาประกันภัย ชาร์เตอร์ด เลขที่ 089-2-48675-3**

รวมจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

5. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

5.1 ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทกรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

ไม่มี  มี โปรดระบุ.....

5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

5.3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการรักษาพักฟื้น ตลอดจนรับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง หรือโรคอื่นๆหรือไม่

ไม่เคย  เคย (โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง)

คำวินิจฉัยแพทย์/สาเหตุ/อาการ/การตรวจที่ได้รับ.....

การรักษา/คำแนะนำที่ได้รับ.....

เมื่อใด/ช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา.....

ผลการรักษา  ปกติ  ไม่ปกติ โปรดระบุ.....

5.4 ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใจหรือไม่

ไม่ใช่  ใช่ โปรดระบุ.....

5.5 ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใจหรือไม่

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือว่าสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูล ของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย  
(.....)  
วันที่...../...../.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้