

- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- โรคของหลอดเลือดในสมอง
- โรคมะเร็ง
- โรคเอดส์
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคตับแข็ง
- โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ
- โรคหรือความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต

รายละเอียดผู้ปกครอง

ชื่อผู้ปกครอง อายุ ปี อาชีพ ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานโดยสังเขป..... ความสัมพันธ์

ผู้ปกครองมีรายได้ต่อปีโดยประมาณ บาท

หมายเหตุ ความคุ้มครองนี้จะมีผลบังคับใช้เมื่อใบคำขอเอาประกันภัยที่ถูกต้องสมบูรณ์ ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ เรียบร้อยแล้ว

.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่ / /

(สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ) ชื่อผู้ส่งงาน..... รหัสผู้ส่งงาน..... โทรศัพท์.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอให้ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือเป็นเหตุ

ปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865