

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 กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพส่วนบุคคล แบบพิเศษ “Health Me”

FM-APP-06-163

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ/นามสกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง เลขที่..... อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....		
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อสะดวก เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		
ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....		
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... อาคาร/บริษัท..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....		
2. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ 2.1 ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ.....		
2.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว เช่น ปรับลดความคุ้มครอง หรือมีการกำหนดโรคที่ไม่ให้ความคุ้มครอง หรือขอยกเว้นเพิ่มเติมหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ.....		
2.3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือเคยได้รับการวินิจฉัยรักษา รับประทานยา รับประทานฉีด รับประทานบัต หรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? <ul style="list-style-type: none"> • โรคมะเร็งทุกชนิด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ..... • โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ..... • โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ..... • โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีไขมันในเลือดสูง โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี โรคพิษสุราเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ..... • โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรง หรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ..... • โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's Disease) อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ..... 		
2.4 โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ ใน 2 ปีที่ผ่านมา <input type="radio"/> เคยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูงหรืออาการที่เกี่ยวข้อง <input type="radio"/> ไม่เคยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง		
2.5 โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ ประเภท <input type="radio"/> ต้องฉีดอินซูลิน หรือเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง <input type="radio"/> ไม่ต้องฉีดอินซูลิน และไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง		
2.6 ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ <input type="radio"/> รักษาด้วยยา <input type="radio"/> ไม่ต้องทานยา แต่แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหาร ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด • คอเลสเตอรอล (Cholesterol) <input type="radio"/> 200-240 มก.% <input type="radio"/> มากกว่า 240 มก.% ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด • ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) <input type="radio"/> 150-200 มก.% <input type="radio"/> มากกว่า 200 มก.%		
2.7 โรคทาลัสซีเมีย <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น โปรดระบุ.....		

<p>2.8 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ค่อมเนื้อ ซีสต์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่เคยเป็น <input type="checkbox"/> มี/เคยเป็น โพรตระบุ..... ประเภท/ชนิด..... อวัยวะที่เป็น.....</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="radio"/> ยังมีอยู่/เป็นอยู่ <input type="radio"/> รักษา หรือผ่าตัดแล้ว</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> เกินกว่า 2 ปี ผลชิ้นเนื้อ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ไม่ปกติ</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 2 ปี ผลชิ้นเนื้อ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ไม่ปกติ</p>
<p>2.9 โรคอื่น ๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โพรตระบุรายละเอียดด้านล่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> • คำวินิจฉัยแพทย์/สาเหตุ/อาการ/การตรวจที่ได้รับ..... • การรักษา/คำแนะนำที่ได้รับ..... • เมื่อใด/ช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา..... • ผลการรักษา <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ไม่ปกติ โพรตระบุ.....
<p>3. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัดหรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โพรตระบุ.....</p>
<p>4. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โพรตระบุ.....</p>
<p>5. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วัน/เดือน/ปี และสถานที่ที่ตรวจ)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โพรตระบุ.....</p>
<p>6. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่? (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์ และโรงพยาบาล)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โพรตระบุ.....</p>
<p>7. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติ (เช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่น ๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษา หรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โพรตระบุ.....</p>
<p>8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่?</p> <p>ในอดีต <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> เคย สูบวันละ.....มวน สูบเป็นเวลานาน.....ปี</p> <p>ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบวันละ.....มวน</p>
<p>9. บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวาย หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> เคย/มีโพรตระบุ บุคคลที่เป็น..... สาเหตุการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต..... วันที่เข้ารับการปรึกษาหรือเสียชีวิต.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี</p>
<p>10. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใด ๆ หรือไม่?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ หากใช่โพรตระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....</p>
<p>11. โปรดเลือกแผนประกันภัยสำหรับ Health Me</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 1 (1 ล้านบาท) <input type="checkbox"/> แผน 2 (3 ล้านบาท) <input type="checkbox"/> แผน 3 (5 ล้านบาท) <input type="checkbox"/> แผน 4 (10 ล้านบาท)</p> <p>ความเสียหายส่วนแรกที่ท่านต้องการ (Deductible)</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> 20,000 บาท <input type="checkbox"/> 50,000 บาท <input type="checkbox"/> 100,000 บาท (เฉพาะแผน 2-4)</p> <p>โปรดเลือกแผนประกันภัยสำหรับเลือกซื้อเพิ่มเติมที่ท่านต้องการ</p> <p>1. การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม (ผู้ป่วยนอก) 1 ครั้งต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 30 ครั้งต่อปี</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3</p> <p>2. ผลประโยชน์ชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน อันเนื่องจากการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย (สูงสุดไม่เกิน 30 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง)</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3</p> <p>3. โรคร้ายแรง จำนวนเงินผลประโยชน์</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3 <input type="checkbox"/> แผน 4</p> <p>4. ผลประโยชน์เงินชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง (สูงสุดไม่เกิน 30 วันต่อปี) สามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมได้ก็ต่อเมื่อผู้เอาประกันภัยเลือกซื้อความคุ้มครองโรคร้ายแรงเท่านั้น</p> <p><input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3</p>
<p>12. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.</p> <p>ความคุ้มครองเริ่มเวลา 16.30 น. ณ วันที่ชำระเบี้ยประกันภัย หลังจากผ่านการพิจารณารับประกันภัยแล้ว</p>

13. รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ 1. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
2. ชื่อ/นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

14. ซื้อประกันสุขภาพให้กับ

ตนเอง

บิดา มารดา (ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถนำเบี้ยประกันสุขภาพ ไม่เกิน 15,000 บาท ตามที่ระบุในหนังสือรับรองค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบิดา มารดา ที่แนบติดไปกับกรมธรรม์ ไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของตน ภายใต้เงื่อนไขว่า จะต้องมียาได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี)

กรุณาระบุรายละเอียดผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ชื่อ/นามสกุล.....

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวข้าราชการ

หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่?

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

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงหรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใด ๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทฯ ยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทฯ จะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเป็นการเฉพาะโรคนั้น ๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทฯ ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทฯ ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้งรับทราบและยินยอมตามคำรับรองที่ให้ไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัทฯ หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรมหรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิ์ทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

หากบริษัทฯ ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากได้ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ยกเลิกการรับประกันภัยโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯ แล้ว สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

.....
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 หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865