

## ใบสมัครขอเอาประกันภัย สมาร์ทแคร์ เอ็กซีคิวทีฟ

### คำเตือนของกรมการประกันภัย:

ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆ

อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย ลำดับที่ 1			
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
สถานะภาพ (สมรส/ โสด/ อื่นๆ- โปรดระบุ)			
ที่อยู่ปัจจุบัน			
บ้าน	มือถือ	EMAIL	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)		ลักษณะงาน	
ชื่อบริษัท		ประเภทธุรกิจ	
สถานที่ตั้งที่ทำงาน			
ที่ทำงาน	FAX		
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกันภัย (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย	
รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย ลำดับที่ 2 (คู่สมรส) - ถ้าขอเอาประกันภัย			
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)			
ชื่อบริษัท		ประเภทธุรกิจ	
สถานที่ตั้งที่ทำงาน			
ที่ทำงาน	มือถือ		EMAIL
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกันภัย (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย	
รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย ลำดับที่ 3 และ 4 (บุตร/ธิดา) - ถ้าขอเอาประกันภัย			
3. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกันภัย (นาย/นาง/น.ส.)			
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย			
4. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกันภัย (นาย/นาง/น.ส.)			
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย			
กรุณาใส่เครื่องหมาย ถูก และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้			
ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย		ไม่มี	มี
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ?			
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ?			
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวใน หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?			
4. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ ?			
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การ			
หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี หรือ เคย กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธ การรับประกันหรือ สาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน			

