ข้อมูลประกอบการพิจารณา ประกันมิตรแท้เพื่อคุณ

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกัน ..... ที่อยู่ปัจจุบัน .....
..... เบอร์โทรศัพท์บ้าน ..... มือถือ .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ วัน/เดือน/ปี เกิด .....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก. อาชีพ .....
ลักษณะงานที่ทำ ..... สถานที่ทำงาน ..... โทร. .....
ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์ .....
ที่อยู่ ..... โทร. .....
ขอเอาประกันภัยมะเร็ง แผน .....

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

1. พ่อแม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่ ? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นแ ละโรคมะเร็งที่เป็น ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
   ○ มะเร็งเต้านม ○ มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก ○ มะเร็งรังไข่
   ○ มะเร็งลำไส้ ○ มะเร็งจอตา ○ มะเร็งเม็ดเลือดขาว
   มะเร็งอื่น ๆ ระบุ ..... โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น .....
2. ประวัติการสูบบุหรี่
   ในอดีต ○ ไม่เคยสูบ เคยสูบวันละ ..... มวน เริ่มสูบเมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี
   ปัจจุบัน ○ ไม่เคยสูบ ○ สูบวันละ ..... มวน
3. ผู้ขอเอาประกันภัยรับรู้ด้วยตัวเอง เคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่ ?
   ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
   ○ โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) ○ โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
   ○ ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ○ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
   ○ ตับแข็ง , ตับอักเสบ ○ ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอีกเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ○ โรคมะเร็ง
   ○ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท ..... อวัยวะที่เป็น .....)
   ☐ ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด ☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกัน
   ☐ ปัจจุบันได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกัน เมื่อเดือน/ปี ..... โรงพยาบาล .....
   ผลตรวจเนื้อเยื่อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
   แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซิสต์ ทุก ๆ ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี ☐ ไม่เคย
4. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใด กับบริษัทมิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใด ที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่ ? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด ☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อบริษัท .....
จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
☐ตัวแทน ☐ นายหน้า ..... เลขที่ใบอนุญาต .....

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายความสินไหมทดแทนได้