



## การชำระเบี้ยประกันภัย

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและอากรแสตมป์)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ชำระค่าเบี้ยประกันภัยโดย

- ชำระผ่านสาขาธนาคารหรือจุดชำระเงิน
- ทักบัตรวีซ่าบัตรเครดิต VISA และ Master ของทุกธนาคาร
- ชำระโดยตรงที่ตัวแทนประกันภัย
- ชำระโดยตรงที่บริษัทฯหรือสาขา

## ประวัติการประกันภัยสุขภาพ

1. ปัจจุบันท่านมีการทำประกันภัยให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งไว้กับบริษัทประกันภัยใดหรือไม่

- มี บริษัท..... จำนวนผลประโยชน์..... บาท
- ไม่มี

2. สมาชิกในครอบครัวของท่าน เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่

- มี ผู้ที่เป็น..... โรคมะเร็งที่เป็น.....
- ไม่มี

3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- ดื่มเป็นประจำ
- ดื่มเป็นครั้งคราว
- ไม่ดื่มเลย

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ไม่สูบ
- สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน เป็นเวลา.....
- สูบ 11 มวนถึง 20 มวนต่อวัน เป็นเวลา.....
- สูบ 21 มวนถึง 30 มวนต่อวัน เป็นเวลา.....
- สูบมากกว่า 30 มวนต่อวัน เป็นเวลา.....

5. ท่านเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคไวรัสตับอักเสบ B หรือ C ซีสต์หรือเนื้องอกหรือโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง(เอชไอวี) โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ โรคเลือด โรค SLE โรคที่เกี่ยวข้องต่อมไทรอยด์หรือต่อมไร้ท่ออื่นๆ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ร้ายแรง หรือทุพพลภาพหรือไม่

- ไม่เคย / ไม่มี
- มี โปรดระบุ.....

6. ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัด หรือแนะนำให้ผ่าตัด หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นคนไข้ของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก หรือไม่

- ไม่เคย / ไม่มี
- มี โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าและ/หรือครอบครัวของข้าพเจ้ามีสุขภาพดีไม่เคยตรวจพบหรือได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งมาก่อน

ทำประกันส่งไลน์ไอดี **cypclub**

- 1) คำขอ 2) สำเนาบัตรประชาชน
- 3) หลักฐานโอนเบี้ย **ธ.ไทยพาณิชย์ 096-234824-3**

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

นายหน้าประกันภัย : บริษัท ชัยพฤษ์นายหน้าประกันวินาศภัย จำกัด เลขที่ ๖00020/2552

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้