LMG Insurance
A Liberty Mutual Company

Cancer PD-042020

ประเภทการรับประกันภัย

❑ รายบุคคล (ส่วน ก.)

❑ แผนครอบครัว (ส่วน ก. และ ข.)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ .....

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็งส่วนบุคคล

Cancer Insurance for Individual Policy

1. รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (Insured Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) Full Name (MR./MISS/MRS./Other)

เพศ (Gender) ❑ ชาย (Male) ❑ หญิง (Female) เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Phone No.)

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card No./Passport No.)

วันหมดอายุ : Date of Expiry

สัญชาติ (Nationality) / เชื้อชาติ: Race

รหัสประจำตัวผู้เสียภาษี (Federal tax identification number)

น้ำหนัก (Weight) กก. (Kg) ส่วนสูง ซม. (Cm) วันเดือนปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YY)

อายุ (Age) ปี (Yr.) อาชีพ (Occupation)

ตำแหน่ง/ลักษณะงาน (Position / Details)

แหล่งที่มา/หน่วยงาน/Resource of Income or Work Place

รายได้ต่อเดือน (Salary per month) บาท (THB) อีเมล์ (Email Address)

ที่อยู่ปัจจุบัน

(Contact Address)

ผู้รับประโยชน์/Beneficiary :

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1 (Beneficiary's Name No.1)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2 (Beneficiary's Name No.2)

อายุ (Age) ปี (Yr.) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured)

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Insurance Period)

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย/ Period of insurance: เริ่มต้นวันที่/Start Date_____ เวลา/at_____น./hours สิ้นสุดวันที่/Expiry date_____ เวลา/at 16.30 น./hours (กรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะต่ออายุราย 1 เดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน หรือรายปี โดยอัตโนมัติ หากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย) This policy is automatic renewal if the premium is paid within the grace period. The termination of the insurance contract is according to the conditions of the insurance policy.

3. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ Insurance Package / Coverage _____

แผน (Plan Name) _____

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (Insurance Premium)		บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม) Baht (Including Tax and Stamp duty)

4. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย (Insurance Premium Method of Payment)

❑ รายปี (Annually) ❑ รายเดือน (Monthly)

❑ เงินสด (Cash) ❑ บัตรเครดิต / บัตรเดบิต (Credit/Debit Card)

หมายเลขบัตรเครดิต (Credit card no) _____ วันหมดอายุ (Expiry Date)_____

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ชั้นที่ 19 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ : 02 661 6292 โทรสาร : 02 665 2728 Email : lmgah@lmginsurance.co.th www.lmginsurance.co.th

LMG Insurance
A Liberty Mutual Company

Cancer PD-042020

ประเภทการรับประกันภัย
❑ รายบุคคล (ส่วน ก.)
❑ แผนครอบครัว (ส่วน ก. และ ข.)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ .....

❑ mPOS หมายเลขบัตรเครดิต _____ธนาคารผู้ออกบัตรเครดิต (Bank Name)_____วันหมดอายุ (Expiry Date)_____
❑ ชำระผ่านธนาคาร (Bank) ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ) (Other, please scecify)_____

5. ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย (Health history of the insured)

5.1 ปัจจุบันท่านมีการทำประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งไว้กับบริษัทประกันภัยใดหรือไม่? (Do you have cancer insurance with other Insurer?)
❑ ไม่เคย / ไม่มี (No) ❑ เคย / มี (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือถูกยกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเลื่อนการพิจารณารับประกันภัย หรือถูกเพิ่มเบี้ยประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? (Have you ever been declined, increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for cancer insurance?)
❑ ไม่เคย / ไม่มี (No) ❑ เคย / มี (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

5.3 ท่านเคยเป็น หรือได้รับการตรวจ หรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรค หรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box)

เนื้องอก ก้อนเนื้อ ซีสต์ (Tumor or cysts)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
ปอดอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง (Chronic pneumonia, emphysema)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
ตับแข็ง ตับอักเสบ ตัว-ตาเหลือง ท้องมาน (Cirrhosis, hepatitis - yellow eyes, dropsy)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
มะเร็ง (Any enlarged glands or any form of cancer)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
ปากมดลูกหรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (Cervix or chronic vaginitis)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
โรคเอดส์ (AIDS) หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV (Aids or HIV)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง ลำไส้อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง (Colitis)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
โรคแผลในระบบทางเดินอาหาร ลำไส้แปรปรวน (Irritable bowel disease)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
ไวรัสตับอักเสบชนิด B C (ทั้งพาหะหรือเคยป่วย) (Any Hepatitis B type C)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)
ความผิดปกติอื่น (Others, please specify)	❑ ไม่เคย / ไม่มี (No)	❑ เคย / มี (Yes)

หากท่านตอบ เคย / มี กรุณาระบุรายละเอียด If you answer "Yes" in any questions (item 5.3) please specify details in the space below.....
.....
.....

5.4 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจ หรือได้รับการตรวจด้วยวิธีพิเศษสำหรับความผิดปกติใดๆ ก้อนเนื้อ เนื้องอก มะเร็ง ตรวจเลือด เอ็กซเรย์ MRI แมมโมแกรม อัลตร้าซาวด์ หรืออื่นๆ หรือไม่? ผลเป็นอย่างไร กรุณาระบุ (In the past 5 years, you have been examined or tested by a special method for any abnormalities, lumps, tumors, cancer, X-ray, MRI, mammogram, ultrasound, etc. or not? What is the result? Please specify.)
❑ ไม่เคย / ไม่มี (No) ❑ เคย / มี (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

5.5 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ หรือไม่? (Do you currently smoke cigarettes?)
❑ไม่สูบบุหรี่ (No) ❑สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน (Yes, less than 20 cigarettes per day)
❑ สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันเป็นเวลา (Yes, more than 20 cigarettes per day for) .....ปี (years)
หากเลิกสูบแล้ว เลิกสูบเมื่อ (If quitted, when?) ..... กรุณาระบุสาเหตุที่เลิก (please provide reason) .....

5.6 ท่านมีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 ท่านขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในขณะที่อายุน้อยกว่า 50 ปีหรือไม่? โปรดระบุ (สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน บุตร) Have your family members have been diagnosed with cancer at the age less than 50 years old? ❑ ไม่เคย / ไม่มี (No) ❑ เคย / มี (Yes) ถ้าเคยโปรดระบุ (If yes, Please specify) _____

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ชั้นที่ 19 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ : 02 661 6292 โทรสาร : 02 665 2728 Email : lmgah@lmginsurance.co.th www.lmginsurance.co.th

LMG Insurance
A Liberty Mutual Company

Cancer PD-042020

ประเภทการรับประกันภัย

❑ รายบุคคล (ส่วน ก.)

❑ แผนครอบครัว (ส่วน ก. และ ข.)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ .....

การขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย Tax deduction

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

❒ ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ..... และลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ..... (ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: .....(Signature here.....)

❒ ไม่ยินยอม No

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ชั้นที่ 19 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ : 02 661 6292 โทรสาร : 02 665 2728 Email : lmgah@lmginsurance.co.th www.lmginsurance.co.th

LMG Insurance.
A Liberty Mutual Company

Cancer PD-042020

ประเภทการรับประกันภัย
❑ รายบุคคล (ส่วน ก.)
❑ แผนครอบครัว (ส่วน ก. และ ข.)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ .....

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่ Would you like to claim for personal income tax deduction with this insurance premium?

❑ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษี ที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ..... และลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ..... (ระบุชื่อ-นามสกุลในวงเล็บ) Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department: ..... (Signature here.....)

❑ ไม่มีความประสงค์ No

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด How would you like to receive the policy??

❑ รับเป็น e-policy ทางอีเมล์ (Email) ที่ระบุไว้ E-policy delivered via specified e-mail

❑ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้ By post via specified address

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท The company has the right to check the medical history and diagnosis of the insured as necessary with this insurance. And has the right to perform examination in the event that it is necessary and does not violate the law at the expense of the company

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้ In the event that the insured does not allow the company to check the medical history and diagnosis of the insured to support the consideration of the claims. The company may refuse coverage under this insurance policy to the insured.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือว่าสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้บริษัทฯขอสงวนสิทธิในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ชั้นที่ 19 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ : 02 661 6292 โทรสาร : 02 665 2728 Email : lmgah@lmginsurance.co.th www.lmginsurance.co.th

LMG Insurance
A Liberty Mutual Company

Cancer PD-042020

ประเภทการรับประกันภัย

❑ รายบุคคล (ส่วน ก.)

❑ แผนครอบครัว (ส่วน ก. และ ข.)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ .....

I request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions. I declare and warrant that the above answers are true and completed. This proposal shall be the basis of the contract between the Company and me. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy. I agree this application form as a consent letter to doctors, hospitals, insurance companies, organizations, institutions, or anyone with a record of illness including the facts about my blood test for HIV or my medical history to disclose all the facts to LMG Insurance Public Company Limited or an authorized person. It is considered that the photocopy of this consent letter is as effective and complete as the original The company Reserves the right to consider getting insurance under the above information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย And I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose my information to the Office of Insurance Commission (OIC.) For the purpose of insurance system governance.

ลายมือชื่อ (Signature) _____

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย (Insured)

วันเดือนปี (Date) _____

ลายมือชื่อ (Signature) _____

(_____)

ผู้กระทำการแทน/ผู้แทนโดยชอบธรรม (Authorize Person)*

วันเดือนปี (Date) _____

*กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร เท่านั้น

(Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only)

โปรดระบุความสัมพันธ์ (Please specify relationship to Insured person) _____

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย (Remark: If applicant age under 20 years old, guardian must sign)

❑ **การประกันภัยโดยตรง** Direct ❑ **ตัวแทนประกันวินาศภัย** Agent ❑ **นายหน้าประกันวินาศภัย** Broker

ใบอนุญาตเลขที่ License No.	

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

WARNING of Office of Insurance Commission (OIC.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865

สำหรับบริษัทฯใช้เท่านั้น (For internal use only)

ผู้ขาย_____รหัสพนักงาน_____

สาขา_____ภาค_____

วันที่_____เวลา_____

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ชั้นที่ 19 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ : 02 661 6292 โทรสาร : 02 665 2728 Email : lmgah@lmginsurance.co.th www.lmginsurance.co.th