

- วันที่ต้องการให้กรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง.....ถึงวันที่.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่.....ได้รับเมื่อ วัน/เดือน/ปี.....
- ชื่อผู้เอาประกันภัย.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....
- ที่อยู่.....โทรศัพท์..... E-mail :
- รายชื่อคลินิกหรือโรงพยาบาลหรือสถานที่ปฏิบัติงาน
4.1..... 4.2.....
- ประวัติการศึกษา
สถานศึกษา.....วุฒิที่ได้รับ.....
สถานศึกษา.....วุฒิที่ได้รับ.....
- ขณะที่ท่านกรอกใบคำขอนี้ ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัยนี้กับบริษัทอื่นหรือไม่ () ไม่มี () มี โปรครระบุ
- ท่านเคยถูกเรียกจ่ายค่าสินไหมหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าอาจเกิดกรณีเรียกร้องในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ () ไม่เคย () เคย หากเคยโปรดระบุรายละเอียด.....
สาเหตุ.....
วันที่เกิดเหตุ.....ค่าสินไหมที่ถูกร้องเรียน.....
- สถานการเรียกร้อง () สิ้นสุดคดีแล้ว () กำลังดำเนินคดีอยู่
- แผนความคุ้มครองที่เลือก (ระบุเป็น 1P, 2P, 3P)

สาขาวิชาชีพ	เบี้ยประกันภัยรวมภาษีและอากร (บาท)		
	คุ้มครองการรักษาพยาบาลภายในประเทศไทย		
	500,000 บาทต่อครั้งและ 1,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย	1,000,000 บาทต่อครั้งและ 2,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย	2,000,000 บาทต่อครั้งและ 4,000,000 บาท ตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย
	ไม่มีค่ารับคดีส่วนแรก		
นักกายภาพบำบัด	5,000 (1P)	6,300 (2P)	8,800 (3P)

เงื่อนไขการประกันภัย :

- พยาบาลจะต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ถูกติดตามกฎหมายและไม่เคยถูกเพิกถอน
- เอกสารแนบ 1.สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย 2.สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 3.สำเนาน้ำตาารกรมธรรม์เดิม (ถ้ามี)

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....

ลงวันที่/...../.....

คำเตือน

ในการทำสัญญาประกันภัย หากผู้เอาประกันภัยไม่เปิดเผยซึ่งข้อเท็จจริงหรือแถลงข้อความเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทประกันภัยมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ว่าด้วยการประกันภัยมาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้ 'ข้อเท็จจริง' หมายถึง ข้อมูลใดๆ และทุกอย่างที่เกี่ยวกับภัยนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นในส่วนดีหรือไม่ อันจะมีผลต่อการพิจารณาของผู้รับประกันภัยในการตัดสินใจว่าจะรับประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ และด้วยเงื่อนไขและเบี้ยประกันภัยโดย