

## ใบคำขอเอาประกันสุขภาพ และข้อแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันสุขภาพ

- ชื่อผู้เอาประกันภัย (ตัวบรรจง) .....นามสกุล.....เพศ  ชาย  หญิง  
สถานที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- ชื่อสถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....ที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- อาชีพ.....รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
- วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี สถานภาพ  โสด  แต่งงาน จำนวนบุตร.....คน
- บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ เลขที่.....เขต.....ออกเมื่อวันที่.....  
สิ้นสุดวันที่.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
- ระยะเวลาที่ต้องการเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (เวลา 12.00 น.)  
สิ้นสุดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (เวลา 12.00 น.)
- แผนซึ่งท่านตัดสินใจเลือกใช้บริการ.....

### คำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น ๆ

- ปัจจุบัน ผู้เอาประกันภัย (หรือบุคคลในครอบครัว) มีประกันภัยหรืออยู่ในระหว่างขอเอาประกันภัยกับบริษัทประกันภัยอื่นใดหรือไม่? ถ้ามีโปรดแถลงรายละเอียด  
 ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล  ประกันสุขภาพ  ประกันชีวิต  ไม่มี  
ชื่อบริษัท.....จำนวนทุนประกัน.....บาท
- ผู้เอาประกันภัย (หรือบุคคลในครอบครัว) เคยได้รับการปฏิเสธการประกันชีวิต, การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหรือการประกันสุขภาพ จากบริษัทประกันภัยใดๆ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย โปรดให้รายละเอียด.....
- ผู้เอาประกันภัย ขอแถลงสุขภาพร่างกายจิตใจตลอดจนประวัติการรักษาโรคในอดีต และปัจจุบันดังนี้
 

(10.1) สุขภาพ อาการ โรค และการรักษา	เคย	ไม่เคย	เมื่อ	อาการ/โรค	หาย	ไม่หาย	สถานที่รักษา/โทร.
- เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคที่แพทย์แนะนำให้รับการผ่าตัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- รักษาตัวในโรงพยาบาลเกินกว่า 1 วัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคจิต โรคประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคสมอง โรคชัก โรคระบบประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคตา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคหู คอ จมูก ไซนัส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคไต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคปอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคหลอดเลือด กล้องเสียง ทอนซิล คอหอยอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคกระเพาะอาหาร หลอดอาหาร ลำไส้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคตับ ถุงน้ำดี ตับอ่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคทวารหนัก ริดสีดวงทวาร ฝีคัณฑสูตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคแพ้อาหาร ยา สิ่งแวดล้อม แพ้อากาศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรค SLE (ภูมิแพ้ตัวเอง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

	เคย	ไม่เคย	เมื่อ	อาการ/โรค	หาย	ไม่หาย	สถานที่รักษา/โทร.
- โรคความดันโลหิตสูงหรือต่ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคเส้นเลือดดำ เส้นเลือดแดง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคเลือดและเม็ดเลือดทุกชนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคไขข้อ ปวดข้อ กล้ามเนื้อ เก๊าท์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคกระดูก กระดูกอ่อน กระดูกสันหลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคไต ทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคไมเกรน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคผิวหนัง เล็บมือ เล็บเท้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคเนื้องอกไม่ร้ายแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคต่อมไทรอยด์ ต่อมไร้ท่อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคเพศสัมพันธ์ กามโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคเอดส์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- โรคที่เป็นมาแต่กำเนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
- อวัยวะ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายพิการ (โดยกำเนิด/อุบัติเหตุ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

(10.2) ผู้ขอเอาประกันภัย มีโรคใดนอกเหนือจากข้อ (11.1) หรือไม่ ?

ไม่มี       มี      โปรดให้รายละเอียด.....

(10.3) สำหรับสุขภาพสตรี ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่.....

(10.4) ผู้ขอเอาประกันภัย ใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือไม่ ?

ไม่ใช่       ใช่      โปรดให้รายละเอียด.....

(10.5) ชื่อและที่อยู่ของแพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก พร้อมโทรศัพท์ที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ.....

11. สำหรับสุขภาพสตรี ปัจจุบันท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่       ใช่       ไม่ใช่
12. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่       ไม่       เป็นครั้งคราว       เป็นประจำ
13. ท่านสูบบุหรี่หรือซิการ์หรือไม่       ไม่       เป็นครั้งคราว       เป็นประจำ
14. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่       ไม่       เป็นครั้งคราว       เป็นประจำ
15. บุคคลในครอบครัวของท่าน (บิดา มารดา พี่ น้อง) เคยมีประวัติป่วยก่อนอายุ 65 ปี ด้วยโรคดังกล่าวนี้หรือไม่  
(โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคถุงน้ำดี โรคตับอ่อน โรคความดันโลหิต หรือ โรคเกี่ยวกับกรรมพันธุ์)
- ไม่มี       มี      โปรดระบุ โรคที่เป็น..... ความสัมพันธ์.....
16. ท่านเคยได้รับการแนะนำให้รับการรักษา, ผ่าตัด โดยแพทย์ ซึ่งยังมีได้ดำเนินการหรือไม่
- ไม่เคย       เคย      โปรดระบุ อาการหรือโรค.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญานี้ได้ และข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ปรากฏในกรมธรรม์ทั้งหมด และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแล้ว อันเนื่องมาจากการแถลงเท็จ หรือการปกปิดไม่แจ้งความจริง หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ของข้าพเจ้าทุกประการ

โดยหนังสือฉบับนี้ หรือสำเนาหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาหรือเคยตรวจรักษาข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และถ่ายสำเนาเอกสารการตรวจวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย  
(.....)  
วันที่...../...../.....

**บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิให้ผู้เอาประกันทำการตรวจสอบสุขภาพ ณ สถานพยาบาลที่บริษัทกำหนดก่อนการพิจารณารับประกันเมื่อเห็นสมควร**

**คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย:** โปรดตอบคำถามตามความจริงทุกประการ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

NOTES FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

IMPORTANT NOTE PURSUANT TO: ARTICLE 865 OF THE CIVIL & COMMERCIAL CODES, YOU ARE TO DISCLOSE IN THIS PROPOSAL FORM, FULLY AND FAITHFULLY, ALL THE FACTS WHICH