

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
แผนสุขภาพเปิดเขียน

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.) นามสกุล.....
 บัตรประชาชน เลขที่..... เพศ ชาย หญิง (กรุณานำบัตรประชาชนพร้อมใบคำขอ)
 วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. สัญชาติ.....
 สถานภาพ โสด แต่งงาน หม้าย หย่า อื่นๆ จำนวนบุตร..... คน
 2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ (บ้าน)..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail address.....
 3. อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ตำแหน่ง.....
 ชื่อสถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... รายได้ ต่อเดือน ต่อปี บาท
 ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 4. ที่อยู่ซึ่งสะดวกในการติดต่อ หรือจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ทำงาน

การแถลงข้อมูลสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในตาราง/ช่อง พร้อมกรอกรายละเอียดตามความจริงทุกประการ หากข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง อาจเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้)

1. ผู้ขอเอาประกันภัยขอแถลงข้อมูลสุขภาพตลอดจนประวัติการรักษาทั้งในอดีตและปัจจุบันดังต่อไปนี้

ประวัติสุขภาพ / อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เดือน / ปี ที่มีอาการ	โรคและอาการ	หาย	ไม่หาย
- อาการและความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสมอง ไขสันหลัง โรคลมชัก อาการปวดศีรษะเรื้อรัง โรคความจำเสื่อม อัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน						
- อาการชาเรื้อรังตามแขน ขา ตามตัว หรือ อาการอ่อนแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต การเคลื่อนไหว ของร่างกายผิดปกติ						
- โรค / ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก						
- โรค / ความผิดปกติของระบบหายใจ เช่น ปอด โพรงจมูก ไชน์ส โรคหอบหืด ภูมิแพ้ทาง ไอเป็นเลือด เลือดกำเดาไหลเป็นประจำ						
- โรคหัวใจหรือความผิดปกติของหัวใจและ หลอดเลือดหัวใจ อาการเจ็บแน่นหน้าอก						
- โรคความดันโลหิตสูง						
- โรคเบาหวาน						
- ภาวะไขมันในเลือดสูง						
- โรคเลือด เม็ดเลือด และภูมิคุ้มกัน โรคเอดส์ และโรคเอสแอลอี						
- โรคต่อมไทรอยด์ โรคต่อมไทรอยด์ (กุ่มาระบุชนิด)						
- โรค/ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และ ช่องท้อง หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ กรดไหลย้อน อาเจียนเป็นเลือด						
- โรค / ความผิดปกติของตับ ถุงน้ำดี ตับอ่อน โรคไต						

ประวัติสุขภาพ / อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เดือน / ปีที่มีอาการ	โรคและอาการ	หาย	ไม่หาย
- โรค / ความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น อุจจาระเป็นเลือด หรือท้องผูกสลับกับท้องเสีย (เรื้อรัง) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่						
- โรค/ความผิดปกติระบบทางเดินปัสสาวะ โรคไต ท่อไต ท่อทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ โรคนิ่ว ปัสสาวะเป็นเลือด						
- ความผิดปกติของเต้านม (ทั้งเพศหญิง / เพศชาย)						
- โรค / ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์หญิง เช่น มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ช่องคลอด อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โรคเชื้อรา/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ประจำเดือน)						
- โรค / ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ชาย เช่น ต่อมลูกหมาก อัณฑะ ท่ออัณฑะ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก						
- โรค / ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อ เอ็น หมอนรองกระดูก โรคออฟฟิศซินโดรม						
- โรคผิวหนัง ภูมิแพ้ผิวหนัง / การแพ้ยา / แพ้อาหาร						
- ถุงน้ำ (ซีสต์) ก้อน เนื้องอก (ชนิดไม่ร้ายแรง)						
- มะเร็งทุกชนิด						
- โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ความซึมเศร้า ไบโโพล่า การทำร้ายตนเอง						
- โรค / ความผิดปกติแต่กำเนิดหรือพันธุกรรม โรคออทิสติก ความพิการ ทูพพลภาพ (โดยกำเนิด/ อุบัติเหตุ) ความผิดปกติด้านพัฒนาการ และการเจริญเติบโต						
- ท่านมีประวัติสุขภาพ อาการ โรคความผิดปกติใดๆ หรือการรักษา ใดๆ นอกเหนือจากรายการในตาราง นี้หรือไม่						

(หากท่านไม่สามารถแสดง/ระบุรายละเอียดได้ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารทางการแพทย์หรือเอกสารประกอบอื่นที่มีอยู่เพิ่มเติม)

2. ในกรณีที่ท่านตอบว่าเคย/มี กรุณาแสดงรายละเอียด ดังต่อไปนี้

การรักษาที่ท่านได้รับ (หากได้รับการผ่าตัด / ตัดออก / การบาดเจ็บ กรุณาระบุ อวัยวะและข้าง ที่ได้รับการรักษา/ บาดเจ็บ)

รับการรักษาเมื่อใด.....ประเภท ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ระยะเวลาที่รับการรักษา.....

ชื่อสถานที่/โรงพยาบาลที่รับการรักษา

ปัจจุบันท่านยังมีความจำเป็นต้องรับการรักษาต่อเนื่องอีกหรือไม่ ไม่ มี กรุณาระบุรายละเอียด.....

.....(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

3. ปัจจุบันท่านอยู่ระหว่างรับการรักษา หรือพักฟื้นอันเนื่องจากการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยอยู่หรือไม่

ไม่มี มี (หากมี กรุณาระบุรายละเอียด การเจ็บป่วย/ การรักษา/ สถานที่ ที่รับการรักษา)

4. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น ตรวจเลือด ปัสสาวะ เอ็กซเรย์ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ และอื่นๆ หรือไม่

ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจ/สาเหตุที่ตรวจ).....

.....(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

5. ใน 3 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสุขภาพ หรือไม่

ไม่มี

มี (หากมี กรุณาระบุครั้งล่าสุด) เดือน/ปี..... ชื่อสถานที่หรือ โรงพยาบาลที่ตรวจสุขภาพ

ผลการตรวจสุขภาพ (ตรวจความดัน โลหิต ตรวจเลือด อาทิเช่น ระดับน้ำตาลในเลือด/ไขมันคอเลสเตอรอล/ไขมันไตรกลีเซอไรด์/

การทำงานของตับหรือไตและการตรวจปัสสาวะ)

..... (พร้อมทั้งแนบเอกสารผลการตรวจสุขภาพ)

จากการตรวจสุขภาพ ท่านได้รับคำแนะนำและเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมอย่างไร กรุณาระบุรายละเอียด

.....

..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

6. ปัจจุบันท่านมีภาวะหรืออาการความผิดปกติ หรือโรค ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือรักษา หรือปรึกษาจากแพทย์หรือ จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ทางเลือกหรือไม่

ไม่มี มี (หากมี กรุณาระบุภาวะหรืออาการความผิดปกติ หรือโรค).....

..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

7. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการรักษา หรือรับการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น หรือมีการเจ็บป่วยอื่นใด ซึ่งยังไม่ได้กระทำหรือรักษาอีกหรือไม่

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....

..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

8. ท่านเคยรับการรักษา หรือรับการผ่าตัด หรือการบำบัดโรคหรืออาการผิดปกติ หรือการตรวจวินิจฉัยใดๆ จากแพทย์ทางเลือกหรือผู้เชี่ยวชาญด้าน

การแพทย์ทางเลือกหรือไม่ เช่น วิธีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือแพทย์ทางเลือกแบบตะวันตก การนวด-กดจุด ฟังเข็ม ยาสมุนไพร การจัดกระดูก เป็นต้น

ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....

..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

9. โปรดระบุอาการหรือโรคครั้งล่าสุดที่ท่านได้รับการรักษา

เดือน/ปี..... ชื่อสถานที่/โรงพยาบาลที่รับการรักษา

(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

10. ปัจจุบันท่านมีการรับประทานยาหรือฉีดยาเป็นประจำหรือไม่ ไม่มี มี (กรุณาระบุชื่อยาและโรคหรือเหตุผล)

.....

11. โปรดระบุชื่อสถานพยาบาล หรือ โรงพยาบาล ที่ท่านใช้บริการใน 3 ปีที่ผ่านมา

1. รักษาอาการ / โรค

2. รักษาอาการ / โรค

3. รักษาอาการ / โรค

(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

12. สำหรับสุขภาพสตรี ปัจจุบันท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ไม่ ใช่ กรุณาระบุอายุครรภ์..... เดือน

13. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่

ไม่ดื่ม ดื่ม ชนิด..... ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มนาน.....ปี

14. ท่านสูบบุหรี่หรือซิการ์หรือไม่ ไม่สูบบุหรี่ สูบ วันละมวน

15. ท่านเคยเสพยาเสพติดที่ให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ไม่ ใช่

16. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกัน/ปฏิเสธการชดเชยค่าสินไหม/การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย/การปรับขึ้นเบี้ยประกันภัยหรือ การ

ยกเว้นความคุ้มครอง การประกันสุขภาพ การประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุจากบริษัทประกันภัยหรือประกันชีวิตใดหรือไม่ (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

ไม่เคย

เคย กรุณาระบุ

1. รายละเอียด/โรค..... ชื่อบริษัท

2. รายละเอียด/โรค..... ชื่อบริษัท

17. ปัจจุบันท่านมีประกัน หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันกับบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่มี มี (กรุณาระบุรายละเอียด ต่อไปนี้)

- ประกันสุขภาพ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันอุบัติเหตุ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันชีวิต บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันชดเชยรายได้ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

* หมายเหตุ: รายละเอียดที่กรอกในใบสมัครมีระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องที่สุดของท่าน

<p>ข้อมูลของผู้รับประโยชน์ กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ</p> <p><input type="checkbox"/> ทายาทตามกฎหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีระบุชื่อผู้รับประโยชน์ :ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....</p> <p>: ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....</p>
<p>ความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันภัยเลือก</p> <p>1. ชื่อแผน/แบบ ที่ท่านตัดสินใจเลือก</p> <p>1.1 แบบกำหนดผลประโยชน์สูงสุดต่อครั้งต่อโรค <input type="checkbox"/> เขียน 1 <input type="checkbox"/> เขียน 2 <input type="checkbox"/> เขียน 3 <input type="checkbox"/> เขียน 4 <input type="checkbox"/> เขียน 5</p> <p>1.2 แบบกำหนดผลประโยชน์สูงสุดต่อปี <input type="checkbox"/> เขียน 6 Plus <input type="checkbox"/> เขียน 7 Plus <input type="checkbox"/> เขียน 8 Plus</p> <p>2. ความคุ้มครองเพิ่มเติมผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Premier</p> <p>อื่นๆ โปรดระบุ</p> <p>3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น. (ทั้งนี้ความคุ้มครองดังกล่าวยังไม่ผลบังคับใช้ จนกว่าจะได้รับการพิจารณาและยืนยันจากบริษัท)</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญานี้ได้ และข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ปรากฏในกรมธรรม์ทั้งหมด และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแล้ว อันเนื่องมาจากการแถลงเท็จ หรือการปกปิดไม่แจ้งความจริง หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ของข้าพเจ้าทุกประการ

โดยหนังสือฉบับนี้ หรือสำเนาหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ (สำเนาหนังสือฉบับนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ)

“ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่”

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีมีความประสงค์

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่/...../.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ให้ผู้เอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865