

**ใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
แผนสุขภาพชอก ลก ชิว**

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

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

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 ไชนัส โรคหอบหืด ภูมิแพ้ทาง ไอเป็นเลือด เลือดกำเดาไหลเป็นประจำ						
- โรคหัวใจหรือความผิดปกติของหัวใจและ หลอดเลือดหัวใจ อาการเจ็บแน่นหน้าอก						
- โรคความดันโลหิตสูง						
- โรคเบาหวาน						
- ภาวะไขมันในเลือดสูง						
- โรคเลือด เม็ดเลือด และภูมิคุ้มกัน โรคเอดส์ และโรคเอสแอลอี						
- โรคต่อมไทรอยด์ โรคต่อมพิทรอยด์ (กรูณาระบุนชนิด)						
- โรค/ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และ ช่องท้อง หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ กรดไหลย้อน อาเจียนเป็นเลือด						
- โรค / ความผิดปกติของตับ ถุงน้ำดี ตับอ่อน โรค ดีซ่าน						
- โรค / ความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น อุจจาระ เป็นเลือด หรือท้องผูกสลับกับท้องเสีย (เรื้อรัง) โรคมะเร็งลำไส้ ริดสีดวงทวาร						

ประวัติสุขภาพ / อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	เดือน / ปี ที่มีอาการ	โรคและอาการ	หาย	ไม่หาย
- โรค/ความผิดปกติระบบทางเดินปัสสาวะ โรคไต ท่อไต ท่อทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ โรคนี้ ปัสสาวะเป็นเลือด						
- ความผิดปกติของเต้านม (ทั้งเพศหญิง / เพศชาย)						
- โรค / ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์หญิง เช่น มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ช่องคลอด อวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก โรคเชื้อนวมดลูกเจริญผิดที่ และระดู (ประจำเดือน)						
- โรค / ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ชาย เช่น ต่อมลูกหมาก อัมพาต ท่ออัมพาต และอวัยวะ สืบพันธุ์ภายนอก						
- โรค / ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อ เอ็น หมอนรองกระดูก โรคออฟฟิศซินโดรม						
- โรคผิวหนัง ภูมิแพ้ผิวหนัง / การแพ้ยา / แพ้อาหาร						
- กลูมน้ำ (ซีสต์) ก้อน เนื้องอก (ชนิดไม่ร้ายแรง)						
- มะเร็งทุกชนิด						
- โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ควานซ์ซินโดม ไบโพล่า การทำร้ายตนเอง						
- โรค / ความผิดปกติแต่กำเนิดหรือพันธุกรรม โรคออทิสติก ความพิการ ทูพพลภาพ (โดยกำเนิด / อุบัติเหตุ) ความผิดปกติด้าน พัฒนาการ และการเจริญเติบโต						
- ท่านมีประวัติสุขภาพ อาการ โรคความผิดปกติใดๆ หรือการรักษา ใดๆ นอกเหนือจากรายการในตาราง นี้หรือไม่						

(หากท่านไม่สามารถแสดง/ระบุรายละเอียดได้ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารทางการแพทย์หรือเอกสารประกอบอื่นที่มีอยู่เพิ่มเติม)

2. ในกรณีที่ท่านตอบว่า **เคย/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 (ตรวจความดันโลหิต ตรวจเลือด อาทิเช่น ระดับน้ำตาลในเลือด/ไขมันคอเลสเตอรอล/ไขมันไตรกลีเซอไรด์/
การทำงานของตับหรือไตและการตรวจปัสสาวะ)

.....

- (พร้อมทั้งแนบเอกสารผลการตรวจสุขภาพ)
จากการตรวจสุขภาพ ท่านได้รับคำแนะนำและเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมอย่างไร กรุณาระบุรายละเอียด
..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
6. ปัจจุบันท่านมีภาวะหรืออาการความผิดปกติ หรือโรค ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือรักษา หรือปรึกษาจากแพทย์หรือ
จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางเลือกหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี กรุณาระบุภาวะหรืออาการความผิดปกติ หรือโรค).....
..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
7. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการรักษา หรือรับการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น หรือมีการเจ็บป่วย
อื่นใด ซึ่งยังไม่ได้กระทำหรือรักษา อีกหรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....
..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
8. ท่านเคยรับการรักษา หรือรับการผ่าตัด หรือการบำบัดโรคหรืออาการผิดปกติ หรือการตรวจวินิจฉัยใดๆ จากแพทย์ทางเลือกหรือผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการแพทย์ทางเลือกหรือไม่ เช่น วิธีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือแพทย์ทางเลือกแบบตะวันตก
การนวด-กดจุด ฟังเข็ม ยาสมุนไพร การจัดกระดูก เป็นต้น
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....
..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
9. โปรดระบุอาการหรือโรครัง้ล่าสุดที่ท่านได้รับการรักษา
เดือน/ปี..... ชื่อสถานที่/โรงพยาบาลที่รับการรักษา
(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)
10. ปัจจุบันท่านมีการรับประทานยาหรือฉีดยาเป็นประจำหรือไม่ ไม่มี มี (กรุณาระบุชื่อยาและโรคหรือเหตุผล)
.....
11. โปรดระบุชื่อสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล 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 ไม่สูบ สูบ วันละ มวน
15. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่ ไม่ ใช่
16. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกัน/ปฏิเสธการชดใช้ค่าสินไหม/การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย/การปรับขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการ
ยกเว้นความคุ้มครอง การประกันสุขภาพ การประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุจากบริษัทประกันภัยหรือประกันชีวิตใดหรือไม่ (หากระบุไม่
ครบถ้วน 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

ข้อมูลของผู้รับประโยชน์ กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

- ทายาทตามกฎหมาย
- กรณีระบุชื่อผู้รับประโยชน์ : ชื่อ-นามสกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
: ชื่อ-นามสกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

ความคุ้มครองที่ผู้ขอเอาประกันภัยเลือก

1. ชื่อแผน/แบบ ที่ท่านตัดสินใจเลือก
แบบกำหนดผลประโยชน์สูงสุดต่อปี สก ลก ชิว
2. ความคุ้มครองเพิ่มเติม ผู้ป่วยนอก Basic Standard
 อื่นๆ โปรดระบุ
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.
(ทั้งนี้ความคุ้มครองดังกล่าวยังไม่แสดงผลบังคับใช้ จนกว่าจะได้รับการพิจารณาและยืนยันจากบริษัท)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกกล่าวถึงญาติญาติได้ และข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ปรากฏในกรมธรรม์ทั้งหมด และยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแล้ว อันเนื่องมาจากการแถลงเท็จ หรือการปกปิดไม่แจ้งความจริง หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ของข้าพเจ้าทุกประการ

โดยหนังสือฉบับนี้ หรือสำเนาหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า มอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ (สำเนาหนังสือฉบับนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ)

“ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่”

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่/...../.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบ

สัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865