

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.).....นามสกุล.....
 บัตรประชาชนเลขที่..... เพศ ชาย หญิง (กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมใบคำขอ)
 วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปีเดือน ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. สัญชาติ.....
 สถานภาพ โสด แต่งงาน หม้าย หย่า อื่น ๆ จำนวนบุตร..... คน
 E-mail address.....

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ (บ้าน)..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....
 (ที่อยู่ปัจจุบันกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเป็นที่อยู่เดียวกัน ใช่ ไม่ (ถ้า ไม่ โปรดระบุรายละเอียด)

3. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ (บ้าน)..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

4. อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป ตำแหน่ง.....
 ชื่อสถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... รายได้ ต่อเดือน ต่อปีบาท
 ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

5. ที่อยู่ซึ่งสะดวกในการติดต่อ หรือจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ทำงาน

การแถลงข้อมูลสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในตาราง/ช่อง พร้อมกรอกรายละเอียดตามความจริงทุกประการ หากข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง อาจเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้)

1. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย ทุกท่าน กรุณาแถลงข้อมูลสุขภาพตลอดจนประวัติการรักษาในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันตามข้อ 1.1 และสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาแถลงประวัติสุขภาพ เพิ่มเติม ตาม ข้อ 1.2 ดังต่อไปนี้

(1.1) ประวัติสุขภาพ / อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ ไม่มี
- อาการและความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสมองและ หลอดเลือดสมอง, ไขสันหลัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน, โรคลมชัก (ลมบ้าหมู), โรคความจำเสื่อม, อัลไซเมอร์, โรคพาร์กินสัน อาการปวดศีรษะเรื้อรัง, ไมเกรน เป็นต้น		
- อาการชาเรื้อรังตามแขนขา ตามตัว หรืออาการอ่อนแรง, อัมพฤกษ์, อัมพาต, การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของ ตา, หู, คอ, จมูก เช่น จอประสาทตาลอก, ต้อหิน, ต้อกระจก, สูญเสียการได้ยิน, แก้วหูอักเสบ/ทะลุ เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบหายใจ (ปอด, หลอดเสียง, หลอดลม, โปรงจมูก, ไชน์ส) เช่น หอบหืด, ภูมิแพ้ทางอากาศ, ไอเป็นเลือด, เลือดกำเดาไหลเป็นประจำ, วัณโรค (รวมถึงวัณโรคคอตีบ/วัณโรคและวัณโรคอื่น) เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคลิ้นหัวใจ อาการเจ็บแน่นหน้าอก / โรคหลอดเลือดแดงหรือดำอักเสบ, เส้นเลือดขด เป็นต้น		
- โรคความดันโลหิตสูง		
- โรคเบาหวาน, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ตับอ่อนอักเสบ		
- ภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น คอเลสเตอรอลสูง, ไตรกลีเซอไรด์สูง เป็นต้น		
- โรคของระบบเลือด (เม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว/ภูมิคุ้มกัน, เกล็ดเลือด) เช่น โลหิตจาง, ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง, โรคเอดส์, โรคเอสแอลอี เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน เช่น โรคต่อมไทรอยด์ (กรณาระบุนชนิด) , ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และช่องท้อง เช่น หลอดอาหารอักเสบหรือตีบ, หลอดเลือดของหลอดอาหารโป่งพอง, ภาวะอาหารอักเสบหรือเป็นแผล, ลำไส้อักเสบเรื้อรัง, กรดไหลย้อน, อาเจียนเป็นเลือด, ไส้เลื่อน, ลำไส้กลืนกัน เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของตับและระบบน้ำดี เช่น ตับอักเสบ, ไขมันพอกตับ, ถุงน้ำดีอักเสบ, นิ่วถุงน้ำดี, โรคดีซ่าน เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น อุจจาระเป็นเลือด, ท้องผูกสลับกับท้องเสีย(เรื้อรัง), โรคทวารหนัก, ริดสีดวงทวาร เป็นต้น		

(1.1) ประวัติสุขภาพ / อาการ / โรค / การรักษา	เคย/มี	ไม่เคย/ ไม่มี
- โรค/ ความผิดปกติระบบทางเดินปัสสาวะ (ไต, ท่อไต, กระเพาะปัสสาวะ, ท่อปัสสาวะ) เช่น ไตอักเสบ, นิ่ว, กระเพาะปัสสาวะ อักเสบ, ปัสสาวะเป็นเลือด, เป็นต้น		
- ความผิดปกติของเต้านม (ทั้งเพศหญิง/เพศชาย)		
- โรค/ ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์หญิง (มดลูก, รังไข่ ท่อนำไข่ ช่องคลอด, อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก) เช่น โรคติดเชื้อหรืออักเสบ, โรคเยื่อเมดลูกเจริญผิดที่, ระบุ (ประจำเดือน) มามากหรือผิดปกติ, ความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ชาย (ต่อมลูกหมาก, อัณฑะ, ท่ออัณฑะ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก) เช่น โรคต่อมลูกหมาก โตและอักเสบ, หนองหุ้มปลายอวัยวะเพศ เป็นต้น		
- โรค/ ความผิดปกติของระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ เช่น โรคกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูก, โรคข้ออักเสบหรือเสื่อม, โรค เอ็นอักเสบหรือฉีกขาด, กระดูกแตกหัก, ปลายหุ้มเอ็นอักเสบ, นิ้วล็อก, โรคเกาต์และข้ออักเสบจากเกาต์ เป็นต้น		
- โรคผิวหนัง เช่น ภูมิแพ้ผิวหนัง, สะเก็ดเงิน		
- การแพ้ยา / การแพ้อาหาร		
- ถูกรังสี (ซีสต์), ดึงเนื้อ, ก้อน, เนื้องอก (ชนิดไม่ร้ายแรง)		
- มะเร็งทุกชนิด		
- โรคจิต โรคประสาท เช่น โรคซึมเศร้า, โรค จิตเภท ไปโพล่า การทำร้ายตนเอง เป็นต้น		
- โรค/ความผิดปกติแต่กำเนิดและพันธุกรรม หรือ พัฒนาการและการเจริญเติบโต, สติปัญญาและการเรียนรู้ผิดปกติ หรือความพิการหรือทุพพลภาพ (โดยกำเนิด / อุบัติเหตุ) เช่น ดาวน์ซินโดม โรคออทิสติก, โพลิโอ, แขนขาพิการ, ตาบอด, หูหนวก เป็นต้น		
- โรคประจำตัว หรือประวัติสุขภาพ อาการโรค ความผิดปกติอื่นใด หรือ การรักษาใดๆ นอกเหนือจากรายการในตารางนี้หรือไม่		

(1.2) สำหรับผู้ออกใบประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาแสดงประวัติสุขภาพ เพิ่มเติม

- การติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) หรือโรคปอดอักเสบ(ปอดติดเชื้อ)		
- อาการชัก		
- กรณีที่ท่านตอบว่า <u>เคย/มี</u> อาการ กรุณาระบุจำนวน ครั้ง อายุ/เมื่อใด.....		
- ท่านมีอาการผื่นปกคลุมหลังจากการชัก หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ถ้ามี กรุณาระบุอาการที่เป็น		
- การรักษาที่ได้รับ		
- อาการปัจจุบัน		

(1.3) กรณีที่ท่านตอบว่า เคย/มี ในประวัติสุขภาพ (ข้อ 1.1 และ 1.2 ข้างต้น) หรือได้รับการรักษา/ผ่าตัด/ ตัดออก (โปรดระบุ อวัยวะและข้างต้น ซึ่งเป็นโรค/ได้รับบาดเจ็บ/การรักษาด้วย) กรุณาแสดงรายละเอียด เพิ่มเติม ในตารางด้านล่างนี้

เดือน/ปีที่มีอาการ	อาการที่เป็น	อาการที่เป็น ได้รับการรักษาแล้วใช่/ไม่		ชื่อสถานพยาบาล	คำวินิจฉัยโรค	การรักษาหรือคำแนะนำจากแพทย์	ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน	วันที่พบแพทย์ครั้งล่าสุด	นัดครั้งต่อไป	
		ไม่	ใช่						เดือน/ปี	การรักษาเพิ่มเติม

(หากท่านไม่สามารถแสดง/ ระบุรายละเอียดได้ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารทางการแพทย์หรือเอกสารประกอบอื่นที่มีอยู่เพิ่มเติม)

2. ปัจจุบันท่านอยู่ระหว่างการพักฟื้นเนื่องจากการบาดเจ็บ หรือการป่วยอยู่หรือไม่

ไม่มี มี (หากมี กรุณาระบุรายละเอียด การป่วย/ การรักษา/ สถานที่ที่รับการรักษา)

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

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

..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

<p>4. ใน 3 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการตรวจสอบสุขภาพ หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (หากมี กรุณาระบุครั้งล่าสุด) เดือน/ปี/...../.....</p> <p>ชื่อสถานที่หรือโรงพยาบาลที่ตรวจสอบสุขภาพ</p> <p>ผลการตรวจสอบสุขภาพ (ตรวจความดันโลหิต ตรวจเลือด อาทิเช่น ระดับน้ำตาลในเลือด / ไขมันคอเลสเตอรอล / ไขมันไตรกลีเซอไรด์/การทำงานของตับหรือไตและการตรวจปัสสาวะ) (พร้อมทั้งแนบเอกสารผลการตรวจสอบสุขภาพ)</p> <p>จากการตรวจสอบสุขภาพ ท่านได้รับคำแนะนำและเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมอย่างไร กรุณาระบุรายละเอียด.....</p> <p>..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)</p>
<p>5. ท่านเคยรับการรักษา หรือรับการผ่าตัด หรือการบำบัดโรคหรืออาการผิดปกติ หรือการตรวจวินิจฉัยใดๆ จากแพทย์ทางเลือก หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางเลือกหรือไม่ เช่น วิธีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือแพทย์ทางเลือกแบบตะวันตก การนวด-กดจุด ฟังเข็ม ยาสมุนไพร การจัดกระดูก เป็นต้น</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....</p> <p>..... (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)</p>
<p>6. โปรดระบุอาการ หรือโรค ครั้งล่าสุดที่ท่านได้รับการรักษา.....</p> <p>เดือน/ปี...../...../..... ชื่อสถานที่ /โรงพยาบาลที่รับการรักษา</p> <p>(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)</p>
<p>7. ปัจจุบันท่านมีการรับประทานยา, ทายา หรือฉีดยาเป็นประจำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี(กรุณาระบุชื่อยาและโรคหรือเหตุผล)</p> <p>.....</p>
<p>8. สำหรับสุขภาพสตรี ปัจจุบันท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ กรุณาระบุอายุครรภ์ เดือน</p>
<p>9. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม ชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มนาน.....ปี</p>
<p>10. ท่านสูบบุหรี่หรือซิการ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ วันละ.....มวน</p>
<p>11. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่</p>

12. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกัน/ การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย / ถูกปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย / การยกเว้นความคุ้มครอง การประกันสุขภาพ, การประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุจากบริษัทประกันภัย หรือประกันชีวิตใดหรือไม่ (หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

ไม่เคย เคย (ถ้าเคย กรุณาระบุสาเหตุและเหตุผลประกอบ)

1. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท
2. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท
3. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท
4. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท
5. รายละเอียด/โรค.....ชื่อบริษัท

13. ปัจจุบันท่านมีการเอาประกันภัย หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันภัยกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

ไม่มี มี (กรุณาระบุรายละเอียด ต่อไปนี้)

- ประกันภัยสุขภาพ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันภัยอุบัติเหตุ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันชีวิต บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันภัยชดเชยรายได้ บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันภัยโรคร้ายแรง บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท
- ประกันภัยมะเร็ง บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

(หากระบุไม่ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารเพิ่ม)

* หมายเหตุ : รายละเอียดที่กรอกในใบสมัครมีระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องที่สุดของท่าน

ข้อมูลของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย

ทายาทตามกฎหมาย

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

ความคุ้มครองที่ผู้ขอเอาประกันภัยเลือก

1. ชื่อแผน/แบบ ที่ท่านตัดสินใจเลือก :

ผู้ป่วยใน :

แผนสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล แผนเอก แผนโท แผนตรี แผนจตุ แผนเบญจ

ชื่อกรมธรรม์ประกันภัย : กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ความคุ้มครองที่ผู้ขอเอาประกันภัยเลือก
2. ความคุ้มครองเพิ่มเติม
ผู้ป้อนอก :

 แผนสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบที่ 1 แบบที่ 2 แบบที่ 3 แบบที่ 4 แบบที่ 5

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเวนภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

 ไม่มีความประสงค์

 มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....

()

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย.....

 การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย โบราณญาติ เลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกลางสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865