



บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)/Thai Health Insurance Public Company Limited

121/88-89 อาคารอาร์.เอส. ทาวเวอร์ ชั้น 31 ถนนรัชดาภิเษก ดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02 202 9200 โทรสาร 02 642 3130

121/88-89 R.S. Tower , 31st Floor, Ratchadaphisek Road, Dindaeng, Bangkok 10400 Tel. 02 202 9200 Fax 02 642 3130

สำหรับเจ้าหน้าที่ของบริษัท/For Company's Official Use

วันที่ส่งใบคำขอ/Submit Date ใบคำขอเลขที่/Application No. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่/Policy No.

ชื่อตัวแทน/นายหน้า/Agent's/Broker's Name สาขา/Branch

ใบอนุญาตตัวแทน/นายหน้าเลขที่/Agent/Broker License No. โทรศัพท์/Tel

ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันสุขภาพส่วนบุคคลและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

Individual Health and Personal Accident Insurance Application Form

เอกสารประกอบ/Support Document

() บัตรประชาชน/I.D. Card () หนังสือเดินทาง/Passport () บัตรอื่น ๆ/Other Card เลขที่/No.

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เอาประกันภัย/Applicant's Personal Information

ชื่อผู้เอาประกันภัย/Applicant's Name

ชื่อผู้ปกครอง/Parents' Name (ในกรณีผู้เยาว์/In Case of Youth)

ที่อยู่/Home Address

..... โทรศัพท์/Tel. โทรสาร/Fax

ชื่อที่ทำงาน/Office's Name

ที่ตั้งที่ทำงาน/Office Address

..... โทรศัพท์/Tel. โทรสาร/Fax

สถานที่ให้ส่งเอกสาร/Mailing Address () ที่อยู่/Home Address () ที่ทำงาน/Office Address

โทรศัพท์มือถือ/Mobile Tel. อีเมล/E-mail

วัน/เดือน/ปี เกิด ของผู้เอาประกันภัย/Birth Date of Applicant อายุ/Age เพศ/Sex

สถานที่เกิด/Birth Place สัญชาติ/Nationality ส่วนสูง (ซม.)/Height (CM.)

น้ำหนัก (กก.)/Weight (KG.) อาชีพ/Occupation รายได้ (บาท/เดือน)/Income (Bt/Mth)

สถานภาพการสมรส/Marriage Status () โสด/Single () สมรส/Married () หม้าย/Widow () หย่า/Divorce

ชื่อผู้รับประโยชน์/Name of Beneficiary (ies)

1) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship

2) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship

3) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship

แผนประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องการสมัคร/Insurance Benefits which Applicant Applying For

..... แผน/Plan เบี้ยประกันภัย (บาท)/Premium(Baht)

() ผู้ป่วยใน/IPD

..... ..

..... ..

() ผู้ป่วยนอก/OPD

() ผลประโยชน์อื่น/Other Benefit

รวม/Total

ข้อแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Health Condition Declaration

ในกรณีที่ท่านไม่ได้แถลง หรือแถลงไม่ครบถ้วนในข้อใดข้อหนึ่ง บริษัทจะถือเสมือนหนึ่งว่า ท่านแถลงปฏิเสธ (ไม่) ในข้อนั้น ๆ/In case you do not declare or fail to declare each of the question, the company shall consider that you declare decline (No) in that question.

1. ท่านได้ทำประกันชีวิต ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่?/Do you have life insurance, health insurance, or personal accident insurance with any other insurance company?

() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาให้รายละเอียดผลประโยชน์ความคุ้มครอง/If yes, please specify coverage benefits.

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันชีวิต ประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลจากบริษัทอื่นหรือไม่?/Have you ever been rejected, added exclusion, or cancelled from life insurance, health insurance, or personal accident insurance policy by any other insurance company?

() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify.

3. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือมีการป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่?/Have you had injury from accident or sickness that needed to have surgical operation, or in-patient treatment, during the last 5 years?

() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify.

อุบัติเหตุหรือโรคที่เป็น/ Injury or Sickness	วันที่เข้ารับการรักษ/ Date of Treatment	วิธีการรักษา/ Method of Treatment	ชื่อแพทย์ หรือสถานพยาบาล/ Name of Physician or Hospital	อาการปัจจุบัน/ Present Condition

4. ในปัจจุบัน ท่านมีการป่วย หรืออาการผิดปกติ ที่ยังมิได้เข้ารับคำปรึกษา หรือรับการรักษายาพยาบาลจากแพทย์หรือไม่?/Do you have any sickness or abnormal health condition that still has not been consulted with or received treatment from physician presently?

() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify.

5. ในปัจจุบัน ท่านมีการป่วย หรืออาการผิดปกติ ที่แพทย์แนะนำให้เข้ารับการรักษายาพยาบาล หรือเข้ารับการผ่าตัดหรือไม่?/Do you have any sickness or abnormal health condition that physician recommends to have treatment or surgical operation presently?

() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify.

6. ท่านมีความพิการ มีโรคประจำตัว หรือมีโรคที่ต้องอยู่ในการดูแลเป็นประจำของแพทย์ (รวมถึงการได้รับการรักษายาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกด้วย) หรือไม่?/Do you have any handicap, underlying diseases, or sickness under regular physician care (including OPD treatment)?

() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify.

7. ท่านใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?/Do you use any drug regularly?

() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ “ใช่” กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify

8. กรุณาระบุชื่อแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก พร้อมทั้งอยู่ ซึ่งท่านใช้บริการเป็นประจำ (ถ้ามี)/Please give the name of physician, hospital, or clinic including its address which you regularly use (if any).



บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)/Thai Health Insurance Public Company Limited

121/88-89 อาคารอาร์.เอส. ทาวเวอร์ ชั้น 31 ถนนรัชดาภิเษก ดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02 202 9200 โทรสาร 02 642 3130

121/88-89 R.S. Tower , 31st Floor, Ratchadaphisek Road, Dindaeng, Bangkok 10400 Tel. 02 202 9200 Fax 02 642 3130

“ผู้ขอเอาประกันภัยจะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่/Would you like to claim for personal income tax deduction with this health insurance premium?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ /Yes, and I permit Thai Health Insurance Public Company Limited to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department. If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department :

☐ ไม่มีความประสงค์/No

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย/The Applicant allows the company to collect, use and reveal the truth about the Applicant's medical records and other information to the Office of Insurance Commission (OIC) in order to regulate the insurance industry.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท/The Company has the right to check any of the insured's medical records and diagnostic records as needed in this insurance policy; and also has the right to perform an autopsy in necessity and not against the law by the Company's expenses.

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้/In the event that insured does not allows the company to check into medical records and diagnosis of insured for consideration of claim, the company may deny this policy's coverage from the insured.

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยนี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ **บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)** ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลหรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าได้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของใบคำขอเอาประกันภัยนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ/I, the applicant, declare that above statements in this application form are true. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the company cancel this insurance policy. I, besides this, assign **Thai Health Insurance Public Company Limited** to request for any kind of information, or to take a photocopy, regarding my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization on my behalf. A photocopy of this application shall be valid as the original.

ทำที่/Written at วันที่/Date

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Signature ลงชื่อตัวแทน/Agent's Signature

ลงชื่อพยาน/Witness's Signature ลงชื่อพยาน/Witness's Signature

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย/Warning of Office of Insurance Commission

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865/Please answer truthfully to all the questions. If the Insured conceals any facts or declares false statement, will result in voidable of the insurance policy in accordance with The Civil and Commercial Code, Section 865.