

สำหรับเจ้าหน้าที่ของบริษัท/For Company's Official Use

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

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

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

**ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
Individual Health and Personal Accident Insurance Application Form**

เอกสารประกอบ/Supported Document

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

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Personal Information

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/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 ของผู้ขอเอาประกันภัย/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 (ในกรณีที่ผู้เอาประกันเสียชีวิต) / Name of Beneficiary (ies) (In case of accidental death of the insured person)

1)..... ร้อยละ/Percent..... ความสัมพันธ์/Relationship.....

2)..... ร้อยละ/Percent..... ความสัมพันธ์/Relationship.....

3)..... ร้อยละ/Percent..... ความสัมพันธ์/Relationship.....

แผนประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการสมัคร/Insurance Benefits which Applicant Applying For

	แผน/Plan	เบี้ยประกันภัย (บาท)/Premium (Baht)
() ผู้ป่วยใน/IPD () Simply Healthy () Wealthy Healthy () Maxi Healthy
() Cashy Healthy
() ผู้ป่วยนอก/OPD
() ผลประโยชน์อื่น/Other Benefit

รวม/Total.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย Warning of Office of Insurance Commission

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด หรือแสดงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ กรุณาติดต่อขอคำแนะนำได้จากบริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด หรือจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ที่โทรศัพท์ 0 2547 4602-6 หรือสายด่วน 1186

The Applicant must truthfully answer all the questions in this application form. Any concealment or false statement may result in the insurance company refusing to pay claims, according to The Civil and Commercial Code, Section 865. Any query about the policy can be consulted with Thai Health Insurance Company Limited or of Office of Insurance Commission at Telephone No. 0 2547 4602-6 or Hot Line 1186

ข้อแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Health Condition Declaration

ในกรณีที่ท่านไม่ได้แถลง หรือแถลงไม่ครบถ้วนในข้อใดข้อหนึ่ง บริษัทจะถือเสมือนหนึ่งว่า ท่านแถลงปฏิเสธ (ไม่) ในข้อนั้นๆ
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.

- 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.....
- 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.....
- ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่?
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

- ในปัจจุบัน ท่านมีอาการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติ ที่ยังมีได้เข้ารับคำปรึกษา หรือรับการรักษาจากแพทย์หรือไม่?
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.....
- ในปัจจุบัน ท่านมีอาการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติ ที่แพทย์แนะนำให้เข้ารับการรักษา 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.....
- ท่านมีความพิการ มีโรคประจำตัว หรือมีโรคที่ต้องอยู่ในการดูแลเป็นประจำของแพทย์ (รวมถึงการได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วย) 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.....
- ท่านใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?/Do you use any drugs regularly?
() No/ไม่ () Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify.....
- 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).....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ข้อแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาประกันภัยนี้ได้นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลหรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าได้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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 Co., Ltd. to request for any kind of information, or to take a photocopy, regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization on my behalf. A photocopy of this statement 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.....

