

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 .....

**ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล**  
**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 .....

..... 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 ( ) Simply Healthy ( ) Wealthy Healthy ( ) Maxi Healthy	.....	.....
( ) Excellency Healthy	.....	.....
( ) ผู้ป่วยนอก/OPD	.....	.....
( ) ผลประโยชน์อื่น/Other Benefit .....	.....	.....
	รวม/Total	.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย/Warning of Office of Insurance Commission**

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด หรือแถลงความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ กรุณาติดต่อขอคำแนะนำได้จากบริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ที่โทรศัพท์ 0-2515- 3995 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 Public Company Limited or Office of Insurance Commission at Telephone No. 0-2515- 3995 or Hot Line 1186

**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 ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล 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	วันที่เข้ารับการรักษา/ Date of Treatment	วิธีการรักษา/ Method of Treatment	ชื่อแพทย์ หรือสถานพยาบาล/ Name of Physician or Hospital	อาการปัจจุบัน/ Present Condition

4. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติ ที่ยังมิได้เข้ารับคำปรึกษา 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 .....

5. 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 .....

6. 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 .....

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). .....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัททอกลงสัญญาประกันภัยนี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลหรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ได้ 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.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ 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.

ทำที่/Written at .....

วันที่/Date .....

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Signature .....

ลงชื่อตัวแทน/Agent's Signature .....

ลงชื่อพยาน/Witness's Signature .....

ลงชื่อพยาน/Witness's Signature .....