

ใบคำขอเอาประกันภัยกรรมธรรม์ประกันภัยชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล
Hospital Income Insurance Application

สำหรับเจ้าหน้าที่ของบริษัท/For Company's Official Use

วันที่ส่งใบคำขอ/Submit Date ใบคำขอเลขที่/Application No. กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่/Policy No.
 ชื่อตัวแทน/นายหน้าประกันภัย/Agent's/Broker's Name สาขา/Branch
 ใบอนุญาตตัวแทน/นายหน้าประกันภัยเลขที่/Agent/Broker License No. โทรศัพท์/Tel.

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Personal Information

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Name
 () บัตรประชาชน/I.D. Card () หนังสือเดินทาง/Passport () บัตรอื่น ๆ/Other Card เลขที่/No.
 ที่อยู่/Home Address
 โทรศัพท์/Tel. โทรสาร/Fax
 ชื่อที่ทำงาน/Office's Name
 ที่ตั้งที่ทำงาน/Office Address

สถานที่ให้ส่งเอกสาร/Mailing Address () ที่อยู่/Home Address () ที่ทำงาน/Office
 โทรศัพท์มือถือ/Mob. 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/Name of Beneficiary (ies)
 1) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship
 2) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship
 3) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship

ระยะเวลาเอาประกันภัย วันที่..... เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.

แผนประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการสมัคร/Insurance Benefits which Applicant Applying For

| | แผน/Plan | เบี้ยประกันภัย (บาท)/Premium (Baht) |
|-------------------|----------|-------------------------------------|
| () Cashy Healthy | | |

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 ถูกเพิ่มเงื่อนไข หรือถูกยกเลิกประกันชีวิต 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. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล 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 ที่แพทย์แนะนำให้เข้ารับการปรึกษา 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 พร้อมที่อยู่ ซึ่งท่านใช้บริการเป็นประจำ (ถ้ามี)

Please give the name of physician, hospital, or clinic including its address which you regularly use (if any).

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกคำสั่งสัญญาประกันภัยนี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่าย

สำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลหรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่อง

เกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าได้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการเอง 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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย/ Warning of Office of Insurance Commission

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด หรือแถลงความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงิน

ค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ กรุณาติดต่อขอคำแนะนำได้จาก

บริษัท 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 of Office of

Insurance Commission at Telephone No. 0 2515- 3995 or Hot Line 1186