



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

ใบคำขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง Cancer 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

แผนประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องการสมัคร/Insurance Benefits which Applicant Applying For

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

()

()

รวม/Total

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

ข้อแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

ในกรณีที่ท่านไม่ได้แถลง หรือแถลงไม่ครบถ้วนในข้อใดข้อหนึ่ง บริษัทจะถือเสมือนหนึ่งว่า ท่านแถลงปฏิเสธ (ไม่) ในข้อนั้น ๆ

กรณีข้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี โปรดระบุ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

 2. ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรค
 ลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการหรือผิดปกติที่ร้ายแรงทาง
 ร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี โปรดระบุ

กรณีข้อความคุ้มครองโรคมะเร็ง

 1. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใดกับ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครอง
 โรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแสดงรายละเอียด

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)

2. พ่อ แม่ พี่ หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น

☐ มะเร็งเต้านม	☐ มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก	☐ มะเร็งรังไข่	☐ มะเร็งลำไส้
☐ มะเร็งจอตา	☐ มะเร็งเม็ดเลือดขาว	☐ มะเร็งอื่นๆ ระบุ	☐ ไม่เคย

3. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัด หรือมีโรคประจำตัวหรือไม่?

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ เมื่อเดือน/ปี ชื่อสถานพยาบาล

 4. ประวัติการสูบบุหรี่ ในอดีต ☐ ไม่เคยสูบ ☐ เคยสูบบุหรี่ มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ปี ถึง ปี
 ปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบบุหรี่ มวน

5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

☐ ไม่เคย	☐ เคย โปรดระบุ
☐ โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น)	☐ โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
☐ ปอดอักเสบเรื้อรัง	☐ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
☐ ตับแข็ง ตับอักเสบ	☐ ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง
☐ โรคมะเร็ง	
☐ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ โปรดระบุประเภท อวัยวะที่เป็น	
☐ ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด	
☐ ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย	
☐ ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี โรงพยาบาล	
ผลตรวจเนื้อเยื่อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ	
☐ แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุก ๆ ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี	



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

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

☐ มีความประสงค้ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้อุ้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (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 :

☐ ไม่มีความประสงค้/No

ข้าพเจ้าในฐานะผู้อุ้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยนี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลหรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าได้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง 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 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.

ในกรณีที่ผู้อุ้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้อุ้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้/ In case the insured does not allow the company to check medical records for the consideration of claim payment, the company may reject this policy coverage.

ทำที่/Written at วันที่/Date

ลงชื่อผู้อุ้ขอเอาประกันภัย/Applicant’s Signature ลงชื่อตัวแทน/Agent’s Signature

ลงชื่อพยาน/Witness’s Signature ลงชื่อพยาน/Witness’s Signature

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย/Warning of Office of Insurance Commission

ผู้อุ้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด หรือแถลงความเท็จใด ๆ สัญญาประกันภัยนี้จะตกเป็นโมฆียะ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865/The Applicant must truthfully answer all the questions in this application form. Any concealment or false statement may result in voidable of the insurance policy, according to The Civil and Commercial Code, Section 865.