

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคลกลุ่ม สำหรับผู้ได้รับความคุ้มครอง

Group Health and Personal Accident Insurance Application Form for the Covered Person

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (ชื่อนายจ้างหรือชื่อกลุ่ม) /

The Policy Holder's Name (Employer's Name or Group's Name)

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ได้รับความคุ้มครอง/The Covered Person's Personal Information

ชื่อผู้ได้รับความคุ้มครอง (ลูกจ้าง/สมาชิก/ผู้อยู่ในอุปการะ) /

The Covered Person's Name (Employee/Member/Dependant)

ประเภทของผู้ได้รับความคุ้มครอง/The Covered Person's Type () ลูกจ้าง/สมาชิก/Employee/Member () ผู้อยู่ในอุปการะ/Dependant
 ประเภทของการประกันภัย/Insurance Type () แบบบังคับ/Compulsory () แบบสมัครใจ/Voluntary
 ประเภทของการชำระเบี้ยประกันภัย/Premium Contribution Type () แบบไม่ออกเงินสมทบ/No contribution () แบบออกเงินสมทบ/Contribution

บริษัท/กลุ่ม/Company/Group

ตำแหน่ง/Position ฝ่าย/แผนก/Dept./Div.

ที่อยู่/Home Address

โทรศัพท์/Tel. โทรสาร/Fax

โทรศัพท์มือถือ/Mob. Tel. อีเมล/E-mail

ว/ด/ป เกิด/Birth Date อายุ (ปี)/Age (Year).....

เพศ/Sex อาชีพ/Occupation

สถานที่เกิด/Birth Place สัญชาติ/Nationality

ส่วนสูง (ซม.)/Height (CM.) น้ำหนัก (กก.)/Weight (KG.)

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

เอกสารประกอบ/Supported Document

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

ชื่อผู้รับประโยชน์/Name of Beneficiary(ies)

1) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship
 2) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship
 3) ร้อยละ/Percent ความสัมพันธ์/Relationship

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)/Warning of Office of Insurance Commission

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด หรือแสดงความจริงใจ ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ กรุณาติดต่อขอคำแนะนำได้จาก บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด ที่โทรศัพท์ 02 642 3100

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 at Telephone No. 02 642 3100

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. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล 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 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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาณประกันภัยนี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจาก บันทึกรักษาทางการแพทย์หรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับ ข้าพเจ้า 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 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 statement shall be valid as the original.

ทำที่/Signed at วันที่/Date

โดย/By โดย/By

(.....) (.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant

พยาน/Witness