



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล  
(INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE POLICY APPLICATION FORM)

แบบใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล (Being an integral part of Individual Health Insurance Policy)

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....  
(Applicant's Name-Last Name : Mr./Mrs./Ms.)
- วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... เพศ..... ส่วนสูง..... น้ำหนัก.....  
(Date of Birth : dd/mm/yy) (Age) (Gender) (Height) (Weight)
- บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
(Identity Card/Passport No.)
- ออกให้ที่..... วันหมดอายุ.....  
(Issued at) (Expiry Date)
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... หมู่บ้าน.....  
(Present Address) (House No.) (Moo) (Soi) (Mooban)
- ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
(Road) (Sub-district) (District)
- จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
(Province) (Postcode) (Tel.)
- ที่ทำงาน..... เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... หมู่บ้าน.....  
(Office) (House No.) (Moo) (Soi) (Mooban)
- ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....  
(Road) (Sub-district) (District)
- จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
(Province) (Postcode) (Tel.)
- อาชีพ..... ลักษณะงาน.....  
(Occupation) (Job Description)
2. ระยะเวลาประกันภัย เริ่มต้นวันที่..... เวลา 16.31 น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.  
(Period of Insurance) (From) (at 16.31 hrs.) (To) (at 16.30 hrs.)

3.

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย (Insuring Agreements Plan / Endorsement Attached)		เบี้ยประกันภัย (บาท) (Premium: THB)
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD)	แผน..... (Plan)	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD)	วงเงินความคุ้มครองต่อครั้ง..... บาท (Medical Benefit/Sickness) (THB)	
<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์อื่น (Other Benefits)	โปรดระบุ..... (Please specify)	
		รวม (Total)

4. ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant's Medical Records/Questionnaire)
- 4.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือการถูกบอกเลิกสัญญาประกันภัย หรือถูกเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการรับประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  
Have you ever had a renewal policy or application for life, accident, health or critical illness refused, declined or had any special terms (including extra premium or exclusions) imposed?  
 ไม่เคย/ไม่มี (Never/No)  เคย/มี โปรดระบุ..... (Yes, please specify)
- 4.2 ท่านเคยเป็นหรือมีกรรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการตรวจรักษา หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคหัวใจ อากาศเจ็บหน้าอก โรคความดันโลหิตสูง โรคทางสมอง โรคปอด โรคเนื้องอกหรือมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคลมชัก ไข้รูมาติก โรคเก๊าท์ โรคกระดูก ข้อต่อ/กล้ามเนื้อ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ โรคเลือด โรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมไทรอยด์ หรือต่อมไร้ท่ออื่นๆ โรคเกี่ยวกับระบบประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ร้ายแรง หรือมีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายพิการ หรือทุพพลภาพหรือไม่  
Have you experienced or known by yourself or been diagnosed or been treated for, sought advice on heart disease, chest pain, raised blood pressure, brain disease, pneumonia, cyst, tumors/cancer, diabetes, kidney stones, pancreas or liver, HIV, AIDS, epilepsy, rheumatic, gout, osteopathy, joint/muscle, disease of genitourinary system, disease of the blood, SLE, thyroid disorders or any other endocrine disorders, nervous system disease, alcohol addiction, any other disease or disorder, any other ailment, impairment, injury, accident, condition(s) ?  
 ไม่เคย/ไม่มี (Never/No)  เคย/มี โปรดระบุ..... (Yes, please specify)

4.3 ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับการบาดเจ็บที่ต้องได้รับการผ่าตัดหรือแนะนำให้ผ่าตัด หรือตรวจสอบด้วยวิธีการอัลตราซาวด์ เอ็กซเรย์ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือวิธีการตรวจพิเศษที่ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยตามปกติ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิกหรือไม่

Have you had been during the past five(5) years, sustained sickness or major injury which required any surgical procedure by a physician's advice/test/ investigation by ultrasound, x-ray, cytological examination or other special medical examination or any admission to the hospital or medical center or clinic as a inpatient ?

ไม่เคย/ไม่มี  
(Never/No)

เคย/มี โปรดระบุ.....  
(Yes, please specify)

4.4 ท่านสูบบุหรี่ หรือดื่มเบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์หรือไม่

Do you smoke or taking beer, wine or any kind of alcohol drinks?

ไม่สูบ/ไม่ดื่ม  
(Neither smoke nor drink)

สูบ/ดื่ม โปรดระบุ วันละ.....  
(Smoke/Drink, please specify the amount per day)

4.5 ท่านมีบิดา มารดาหรือบุคคลในครอบครัวจำนวน 2 คนขึ้นไปที่ได้รับหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) โรคไตวาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ก่อนอายุ 60 ปีหรือไม่

Has your father or mother or any of your family member at two or more, ever been diagnosed or died from heart attack, tumors/cancer, stroke, kidney disease, diabetes, raised blood pressure before the age of 60 years?

ไม่เคย/ไม่มี  
(Never/No)

เคย/มี โปรดระบุ.....  
(Yes, please specify)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ และตกลงให้ถือเอาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือให้ความยินยอมในการให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือว่าสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้และสมบูรณ์ เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการพิจารณารับประกันภัยภายใต้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

I hereby confirm that the foregoing statements and medical records are true and complete. In the event of misrepresentation or non-disclosure or concealment, the Company is entitled to deny a claim by this insurance policy or to void the contract. I hereby further agree and authorize hospital/medical center or attending physician or other medical practitioner, insurance company, institute or person that have records or knowledge of health and blood result for HIV, to release my medical treatment records to Bangkok Insurance Public Company Limited or authorized representatives. A photocopy of this signed authorization is a valid and complete as the original. Provided that the Company reserves its right to underwrite the application with the above information.

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

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
(Applicant's Signature)

...../...../.....

วันที่  
(Date)

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**Reminder of the Office of Insurance Commission (OIC)**

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void and may have caused the Company to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.