



ใบคำขอเอาประกันภัยความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์

MEDICAL MALPRACTICE LIABILITY INSURANCE APPLICATION FORM

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย.....
 Applicant's Name
 วัน / เดือน / ปีเกิด..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
 Date of Birth Identity Card No.

2. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....
 Present Address House No. Moo Mooban
 อาคาร..... เลขห้อง / ชั้นที่..... ซอย.....
 Building Room No. / Floor Soi
 ถนน..... แขวง / ตำบล..... เขต / อำเภอ.....
 Road Sub-district District
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 Province Postcode

3. ชื่อ - ที่อยู่ของสถานประกอบการ 1. 2.
 Business Name and Address 3. 4.

4. ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่..... ออกให้โดย.....
 Physician License No. Issued by

5. ท่านจบจากมหาวิทยาลัย..... ปี พ.ศ.
 At what Medical School did you graduate? Year

6. หลังจากจบการศึกษา ท่านได้ศึกษา / อบรม / ฝึกงานเพิ่มเติม
 Where have you practiced your profession after graduation?
 1.
 2.

7. ท่านเป็นสมาชิกสมาคมการแพทย์ใด.....
 Of what professional associations or societies are you a member?

8. โปรดระบุความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ของท่าน
 State whether your practice as

| | | | |
|--|---|---|---|
| แพทย์กลุ่มที่ 1 / Group 1 | | | |
| <input type="checkbox"/> อายุรแพทย์ Internal Medicine | <input type="checkbox"/> จิตแพทย์ Psychiatrist | <input type="checkbox"/> พยาธิแพทย์ Pathologist | <input type="checkbox"/> แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว Family Physician |
| <input type="checkbox"/> แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู Rehabilitation Medicine | <input type="checkbox"/> แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน Emergency Physician | <input type="checkbox"/> แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน Preventive Medicine | |
| แพทย์กลุ่มที่ 2 / Group 2 | | | |
| <input type="checkbox"/> จักษุแพทย์ Ophthalmologist | <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์หรือแพทย์ผ่าตัด Surgeon | <input type="checkbox"/> ทันตแพทย์ Dentist | <input type="checkbox"/> แพทย์หู คอ จมูก Otolaryngologist |
| <input type="checkbox"/> แพทย์ทางรังสีวิทยา Radiologist | <input type="checkbox"/> แพทย์ทางโลหิตวิทยา Hematologist | <input type="checkbox"/> แพทย์ทางมะเร็งวิทยา Oncologist | <input type="checkbox"/> แพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์ Nuclear Medicine |
| <input type="checkbox"/> กุมารแพทย์ Pediatrician | <input type="checkbox"/> แพทย์ออร์โธปิดิกส์ Orthopedics | | |
| แพทย์กลุ่มที่ 3 / Group 3 | | | |
| <input type="checkbox"/> วิสัญญีแพทย์ Anesthesiologist | <input type="checkbox"/> สูตินรีแพทย์ Gynecologist | <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง Neurosurgeon | <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก Cardiovascular and Thoracic |

อื่นๆ (โปรดระบุ).....
 Any other (Please specify)

9. ท่านเป็นเจ้าของ (ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน) หรือบริหาร โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ หรือไม่
 Do you own, wholly or in part, or operate, or administer any hospital or other institution where medical services are rendered?
 ไม่เป็น เป็น โปรดระบุรายละเอียด.....
 No Yes If yes, please specify

10. จำนวนคนไข้ต่อปี..... คน
 Number of patients per year

11. ข้อมูลด้านประกันภัย

Insurance Information

11.1 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมี หรือมีการประกันภัยความรับผิดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์บ้างหรือไม่
Have you had any other Medical Malpractice Insurance in force during the past 12 months?

ไม่มี มี บริษัท.....ระยะเวลาประกันภัย.....วงเงินจำกัดความรับผิด..... บาท
No Yes Name of Company Period of Insurance Limit of Liability baht

11.2 ผู้รับประกันภัยเคย ยกเลิก ปฏิเสธไม่รับประกันภัย ปฏิเสธการต่ออายุกรมธรรม์
Has any insurer ever Cancelled Declined Refused to renew

รับประกันภัย โดยมีเงื่อนไขพิเศษการประกันภัยสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพหรือไม่
Only accepted on special terms of your Medical Malpractice Insurance?

ไม่มี มี โปรดระบุรายละเอียด.....
No Yes If yes, please specify

11.3 ท่านเคยถูกเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากความประมาท ผิดพลาด หรือละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าอาจเกิดการเรียกร้องหรือไม่
Have any claims or suits for negligence, error or omission been made against you, or are you aware of any circumstances which may in any such claim?

ไม่เคย เคย โปรดระบุรายละเอียด.....
No Yes If yes, please specify

12. เอกสารประกอบการรับประกันภัย 1. สำเนาบัตรประชาชน 2. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์

Document Required Copy of Identity Card Copy of Physician License

บาท : Baht

| แผน Plan | ความคุ้มครอง Coverage | ตารางเบี้ยประกันภัย Premium Table | | |
|------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | | แพทย์กลุ่มที่ 1 Group 1 | แพทย์กลุ่มที่ 2 Group 2 | แพทย์กลุ่มที่ 3 Group 3 |
| แผน 1 Plan | 1,000,000 / ครั้ง (Time) 3,000,000 / ปี (Year) | <input type="checkbox"/> 10,440 | <input type="checkbox"/> 11,600 | <input type="checkbox"/> 12,900 |
| แผน 2 Plan | 2,000,000 / ครั้ง (Time) 6,000,000 / ปี (Year) | <input type="checkbox"/> 14,800 | <input type="checkbox"/> 16,440 | <input type="checkbox"/> 18,260 |

หมายเหตุ : 1. ผู้ซื้อควรทำความเข้าใจในรายละเอียดความคุ้มครองและเงื่อนไข ก่อนตัดสินใจทำประกันภัยทุกครั้ง
Remarks: The insured should study the insurance's terms and conditions carefully prior to the purchase of policy

2. เบี้ยประกันภัยดังกล่าวรวมอากรและภาษีแล้ว
The premium has been included VAT and stamp duty

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลตามรายการข้างต้นเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัทฯ
I hereby declare and warrant the above statements are true, and I agree that this application shall be the basis of the contract with the Company and deemed part of the insurance coverage issued to me.

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

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
Applicant's Signature

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

วัน/เดือน/ปี
Date / Month / Year

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ
อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865
REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)
Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial Code