THAIVIVAT INSURANCE PCL.
บมจ. ประกันภัย ไทยวิวัฒน์

71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02-695-0800 , แฟกซ์. 02-695-0808
71 Dindaeng Rd., Samsen Nai, Phayathai, Bangkok 10400
Tel. 02-695-0800 , Fax. 02-695-0808

# ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพ

# Health Insurance Application Form

**ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Personal Information**

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Name of Applicant……

○ บัตรประชาชน / I.D. Card ○ หนังสือเดินทาง / Passport ○ บัตรอื่นๆ / Other Card เลขที่ / No……

ชื่อผู้ปกครอง / Parent's Name (ในกรณีผู้เยาว์ / In Case of Youth)……

ชื่อผู้รับประโยชน์ (ในกรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต) / Name of Beneficiary (In case of accidental death of the insured person)……

ความสัมพันธ์ / Relationship……วัน/เดือน/ปี เกิด ของผู้ขอเอาประกันภัย / Birth Date of Applicant……/……/……

เพศ / Sex .....อายุ / Age……สัญชาติ / Nationality……ส่วนสูง (ซม.)/ Height (cm.)……น้ำหนัก(กก.)/Weight(kg.)……

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

ที่อยู่ / Home Address……

โทรศัพท์ / Telephone……โทรสาร / Fax……ชื่อและที่ตั้งที่ทำงาน / Office Address……

……

โทรศัพท์ / Telephone……โทรสาร / Fax……อาชีพ / Occupation……

ตำแหน่ง / Position……สถานที่ให้ส่งเอกสาร/Mailing Address ○ ที่อยู่ / Home Address ○ ที่ทำงาน / Office Address

โทรศัพท์มือถือ / Mobile Tel…… ……อีเมล์ / E-mail……

**สำหรับคนต่างด้าว / For Expatriate**

ท่านมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยใช่หรือไม่ ( พำนักอยู่ในประเทศไทยอย่างน้อย 180 วันต่อปี ) /Is Thailand your main country of residence (where you spend at least 180 days per year)?

○ ใช่/Yes ○ ไม่/No ถ้าท่านตอบ "ไม่" กรุณาระบุประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ / If no, please specify main country of residence:

……

**แผนประกันสุขภาพ / Health Insurance Plan**

○ Star 1 ○ Star 2 ○ Star 3 ○ Star 4 ○ Star 5 ○ Star 6

○ ผู้ป่วยใน / IPD Only ○ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Standard) / IPD+OPD Standard ○ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Deluxe) / IPD+OPD Deluxe

วันที่ที่ต้องการให้เริ่มต้นความคุ้มครอง / Desired insurance commencement date ……

**ข้อแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Health Condition Declaration**

ในกรณีที่ท่านไม่ได้แถลง หรือแถลงไม่ครบถ้วนในข้อใดข้อหนึ่ง บริษัทจะถือเสมือนหนึ่งว่า ท่านแถลงปฏิเสธ (ไม่) ในข้อนั้นๆ

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 ประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่

Do you have life insurance, health insurance, or personal accident insurance with any other insurance company?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……

2.ท่านเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเงื่อนไขหรือยกเลิกประกันชีวิต ประกันสุขภาพ ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลจากบริษัทอื่นหรือไม่

Have you ever been rejected, added exclusions, or cancelled from life insurance, health insurance, or personal accident insurance policy by any other insurance company?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……

3.ปัจจุบัน ท่านมีการเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติ ที่ยังมิได้เข้ารับคำปรึกษา หรือรับการรักษาจากแพทย์หรือไม่

Do you have any sickness or abnormal health condition that still has not been consulted with or received treatment from a physician presently?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……

4.ปัจจุบัน ท่านมีการเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติ ที่แพทย์แนะนำให้เข้ารับการรักษา หรือเข้ารับการผ่าตัดหรือไม่

Do you have any sickness or abnormal health condition that physician recommends to have treatment or surgical operation presently?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……

THAIVIVAT INSURANCE PCL.
บมจ. ประกันภัย ไทยวิวัฒน์
71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02-695-0800 , แฟกซ์. 02-695-0808
71 Dindaeng Rd., Samsen Nai, Phayathai, Bangkok 10400
Tel. 02-695-0800 , Fax. 02-695-0808

5.ท่านมีความพิการ มีโรคประจำตัว หรือมีโรคที่ต้องอยู่ในความดูแลเป็นประจำของแพทย์ (รวมถึงการได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วย) หรือไม่

Do you have any handicap, underlying diseases,or sickness under regular physician care (including OPD treatment)?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……..……...…….

6. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ Have you undergone surgery at any time in the past?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……..……

7.ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากการอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่/ Have you had injury from accident or sickness that needed to have surgical operation,or in-patient treatment, during the last 5 years?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียดในตาราง / If yes, please specify in below table

| โรค ลักษณะอาการ และการเจ็บป่วย / Disease, Symptom, Condition | เคย/Yes | ไม่เคย/No | โปรดระบุรายละเอียด / Please give details |
|---|---|---|---|
| อาการปวดหัวเรื้อรัง / Chronic headache | | | |
| อาการปวดหัวข้างเดียว / Migraine headache | | | |
| ความผิดปกติทางสายตา / Eye disorder and abnormalities | | | |
| โรคเกี่ยวกับหู คอ จมูก / Ear, Nose and Throat disorder | | | |
| โรคภูมิแพ้ / Allergy | | | |
| โรคหอบ, หืด / Asthma | | | |
| โรคระบบทางเดินหายใจ / Respiratory disorder | | | |
| อาการเกี่ยวกับช่องท้องเรื้อรัง / Chronic abdominal pain | | | |
| โรคกระเพาะปัสสาวะ / Gall bladder disorder | | | |
| อุจจาระผิดปกติ / Abnormal stool | | | |
| โรคกระเพาะอาหาร / Peptic ulcer | | | |
| โรคลำไส้ใหญ่ หรือลำไส้เล็ก / Intestine or bowel disorder | | | |
| โรคหัวใจ / Heart Diseases | | | |
| โรคความดันโลหิตสูง หรือ ต่ำ / Hypertension or Hypotension (high/low blood pressure) | | | |
| โรคเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต / Blood or circulation disorder | | | |
| โรคต่อมไทรอยด์ / Thyroid disorder | | | |
| โรคไตและทางเดินปัสสาวะ / Kidney or urinary system disorder | | | |
| โรคต่อมลูกหมาก / Prostrate diseases | | | |
| โรคระบบสืบพันธุ์ชาย-หญิง / Sexual organ dysfunction or infection | | | |
| โรคของเต้านม / Breast disorder | | | |
| โรคเกี่ยวกับมดลูก รังไข่หรือท่อรังไข่ / Uterus, ovaries or tubes disorder | | | |
| ประจำเดือนผิดปกติ / Menstrual disorder | | | |
| โรคกระดูก / Bones/Skeletal conditions | | | |
| โรคมะเร็ง / Cancer | | | |
| โรคเนื้องอก / Tumor | | | |
| โรคริดสีดวงทวาร / Haemorroids | | | |
| โรคเบาหวาน / Diabetes mellitus | | | |
| โรคตับ / Liver diseases | | | |
| โรคไขข้อ โรคกล้ามเนื้อ หรือ โรคเก๊าท์ / Joint, muscle disorder or gout | | | |
| โรคผิวหนัง / Skin disease | | | |
| โรคจิตประสาท / Psychiatric or Nervous disorder | | | |
| โรคเอดส์ / AIDS/HIV | | | |
| ความผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิด / Congenital/Birth Conditions | | | |
| อื่นๆโปรดระบุรายละเอียด / Others (please specify)…… | | | |

THAIVIVAT INSURANCE PCL.
บมจ. ประกันภัย ไทยวิวัฒน์

71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02-695-0800 , แฟ็กซ์. 02-695-0808
71 Dindaeng Rd., Samsen Nai, Phayathai, Bangkok 10400
Tel. 02-695-0800 , Fax. 02-695-0808

8.ท่านใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือไม่/Do you use any drugs regularly?

○ ไม่/No ○ ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……

9. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ /Do you drink alcohol?

○ ไม่/No ○ ) ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify……

10.กรุณาระบุชื่อแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก ซึ่งท่านใช้บริการเป็นประจำ (ถ้ามี)

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

……

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกล้างสัญญาประกันภัยนี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล หรือประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบรื่องกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพ ของข้าพเจ้าได้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง 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 Thaivivat Insurance Pcl. to request for any kind of information, or to take a photocopy regarding to 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.

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Signature …… วันที่ / Date……

---

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท / For Company's Official**

วันที่รับคำขอ / Date……/……/……ใบคำขอเลขที่ / Application .....กรมธรรม์เลขที่ / Policy No……

○ ตัวแทน / Agent ○ นายหน้าประกันภัย / Broker……ใบอนุญาติเลขที่ / License No……

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจงตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเป็นเท็จใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์ มาตรา 865

Warning by Office of Insurance Commission

The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth many result in the insurance company refusing to honor insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.