

ใบคำขอเอาประกันภัย (ฉบับเต็ม) กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล
Application form (Full Version) Personal Health and Accident Insurance Policy
1. รายละเอียดผู้ขอประกันภัย The Applicant's personal information

ชื่อ - นามสกุล Name - Last Name

เพศ Gender ☐ ชาย Male ☐ หญิง Female วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth อายุ Age ปี Years.

น้ำหนัก Weight (กก kg.) / ส่วนสูง Height (ซม. cm.) / เชื้อชาติ Race/สัญชาติ Nationality. /

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ID Number ☐ หนังสือเดินทาง Passport Number

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ Current Address Number

โทรศัพท์บ้าน Home phone โทรศัพท์มือถือ Mobile phone อีเมล E-mail

อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง Occupation / Position held

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป Job description

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ The Beneficiary's personal information

ชื่อ-นามสกุล Name – Last Name

ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย
Relationship to the Applicant:

.....

3. ระยะเวลาประกันภัย: เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

Period of Insurance From at hours. To at 16.30 hours

4. โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ Please select the preferred plan: แผน Plan.....
5. การชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายเดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ ราย 6 เดือน ☐ รายปี

Premium Payment: Monthly Quarterly Semi-Annually Annually

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย Payment method

☐ เงินสด Cash

☐ บัตรเครดิต Credit Card: ธนาคาร Bank of Issue

หมายเลขบัตร Credit Card Number วันหมดอายุ Expiry date

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร Bank Account (Direct debit): ธนาคาร Name of Bank

สาขา Branch..... บัญชีเลขที่ Account Number

เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium บาท Baht

อากรแสตมป์ Stamp Duty บาท Baht

ภาษี Tax บาท Baht

เบี้ยประกันภัยรวมที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)

Total Premium to be paid Baht (Included Stamp Duty and Tax)

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ Health Questions and others
6. ท่านมีประกันชีวิต ประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันภัยชดเชยรายได้ หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล กับบริษัท อากเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

Do you currently have or have you ever had Health, Critical illness, Hospital Income Benefit or Personal Accident Insurance with **Southeast Insurance Public Company Limited or any other insurance companies?**

☐ ไม่มี No ☐ มี Yes, โปรดระบุ please state

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยชดเชยรายได้ หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

Have you ever been rejected, cancelled in renewal year, added premium, or adjusted the insurance conditions, from Life insurance, Health insurance, Critical illness insurance, Hospital Income Benefit insurance, or Personal Accident insurance?

☐ ไม่มี No ☐ มี Yes, โปรดระบุ please state

8. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่

During the past 5 years, have you ever been infected, had symptoms, diagnosed, undergone a surgical procedure, been or being treated, or ever consulted a physician for the following diseases, symptoms, and conditions?

- 8.1
- โรคมะเร็งทุกชนิด Cancer
☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, โปรดระบุ Please state
 - โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก
 Stroke, Brain disorders, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, or Epilepsy
☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, โปรดระบุ Please state
 - โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง
 Heart disease and Coronary Artery disease, Chronic obstructive pulmonary disease, or Emphysema
☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, โปรดระบุ Please state
 - โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีไขมันโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบี,ซี โรคพิษสุราเรื้อรัง
 Chronic Kidney disease or Kidney failure, Hepatomegaly or Splenomegaly, Cirrhosis, Hepatitis B or C, or Alcoholism
☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, โปรดระบุ Please state
 - โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรง หรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน(Ascites)
 AIDS or positive HIV test, Blood disease that requires blood transfusion, or Ascites
☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, โปรดระบุ Please state
 - โรคเอสแอลอี(SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น
 (Crohn's disease) SLE, Multiple Sclerosis, or Crohn's disease
☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, โปรดระบุ Please state
 - อัมพาต อัมพฤกษ์ อัมพฤกษ์ ทุพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด
 Paresis, Paralysis, Disability, Neurosis, or ever used drug substance
☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, โปรดระบุ Please state

- 8.2 โรคความดันโลหิตสูง High blood pressure

☐ ไม่เคย No

☐ เคย Yes,

โปรดระบุ Please give details

☐ เคย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง

I have been admitted as a hospital inpatient due to high blood pressure in the past 2 years.

☐ ไม่เคย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง

I have not been admitted as a hospital inpatient due to high blood pressure in the past 2 years.

8.3 โรคเบาหวาน Diabetes
☐ ไม่เคย No

☐ เคย Yes,

โปรดระบุ Please give details

☐ ต้องฉีดอินซูลิน หรือ เคย พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง
Need to inject insulin or ever been hospitalized in the hospital due to diabetes or the related symptoms.

☐ ไม่ต้องฉีดอินซูลิน และ ไม่เคย พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง
Do not need to inject insulin, and never been hospitalized in the hospital due to diabetes or the related symptoms.

8.4 ไขมันในเลือดสูง Hypercholesterolemia
☐ ไม่เคย No

☐ เคย Yes,

โปรดระบุ Please give details

☐ รักษาด้วยยา

Medication treatment

☐ ไม่ต้องทานยา แต่แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหาร
Do not need any medication treatments, but exercising and dieting is recommended by the physician

 : ระดับไขมันที่เคยมียาผิดปกติสูงสุด คอลเลสเตอรอล ☐ 200-240 มก. mg% ☐ > More than 200-240 มก. mg%
The highest unusual level of Cholesterol

 : ระดับไขมันที่เคยมียาผิดปกติสูงสุด ไตรกลีเซอไรด์ ☐ 150-240 มก. mg% ☐ > More than 150-240 มก. mg%
The highest unusual level of Triglyceride

8.5 โรคธาลัสซีเมีย Thalassemia
☐ ไม่เป็น No

☐ เป็น Yes, โปรดระบุ please state

8.6 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ Tumor, Lump, Polyp, or Cyst
☐ ไม่มี/ไม่เคยเป็น No

☐ มี/เคยเป็น (โปรดระบุ) : ประเภท/ชนิด อวัยวะที่เป็น

Yes (please state) Type

Part of body affected

☐ ยังมีอยู่ / เป็นอยู่ Currently have

☐ รักษา หรือ ผ่าตัดแล้ว Have already been hospitalized or have undergone a surgical operation.

☐ เกินกว่า 2 ปี : ผลชิ้นเนื้อ More than 2 years: the result of biopsy: ☐ ปกติ Usual ☐ ไม่ปกติ Unusual

☐ น้อยกว่า 2 ปี : ผลชิ้นเนื้อ Less than 2 years: the result of biopsy: ☐ ปกติ Usual ☐ ไม่ปกติ Unusual

8.7 โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น
Other disease or other Chronic disease which are not mentioned above.
☐ ไม่เคย No

☐ เคย Yes, โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง please state below.

: คำวินิจฉัยแพทย์/ สาเหตุ/อาการ/ การตรวจที่ได้รับ

Diagnosis / Cause / Symptoms

: การรักษา/ คำแนะนำที่ได้รับ

Treatment / Advice received

: เมื่อใด / ช่วงเวลา ที่รับการรักษา

The date when the hospitalization was done

 : ผลการรักษา The result ☐ ปกติ Normal ☐ ไม่ปกติ Abnormal, โปรดระบุ please state

9.	ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษารับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว) During the past 5 years, have you ever consulted a physician and/or been prescribed any drugs or medication due to injury or sickness, or surgical operation? (If yes, please state the diagnosis, symptoms, treatment or advice received, and the date of diagnosis.) ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes, โปรดระบุ Please state
10.	ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ Are you currently convalescing from injury or sickness, or hospitalization in the hospital or medical facility, using drug substance, or have been hospitalized due to Alcoholism? ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes, โปรดระบุ Please state
11.	ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ) During the past 5 years, have you ever had any tests done such as x-ray, MRI scan, Biopsy, Ultrasound, Electrocardiogram, or Blood or Urine test? (If yes, please state the reason for the tests, date of the tests and the place where the tests took place) ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes, โปรดระบุ Please state
12.	ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล) Have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which has not yet been performed? (If yes, please state the name of the physician and hospital.) ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes, โปรดระบุ Please state
13.	ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่ Are you currently suffering from any symptoms: (pain, lumps, bleeding, etc.) for which you have not yet consulted a physician? ☐ ไม่มี No ☐ มี Yes, โปรดระบุ please state
14.	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ Do you smoke? ในอดีต In the past ☐ ไม่สูบ No ☐ เคยสูบบุหรี่ Used to smoke มวน roll(s) สูบเป็นเวลานาน per day for ปี year(s) ปัจจุบัน Currently ☐ ไม่สูบ No ☐ เคยสูบบุหรี่ Used to smoke มวน roll(s)
15.	บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของผู้ขอประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวาย หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่ Have the parents, spouse, or sibling of the applicant suffered or died from Tuberculosis, Diabetes, Heart disease, Cancer, Stroke, Kidney failure, or Positive HIV test? ☐ ไม่เคย/ไม่มี No ☐ เคย / มี Yes, โปรดระบุบุคคลที่เป็น please state the name สาเหตุการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต Cause of sickness / death วันที่เข้ารับการปรึกษาหรือเสียชีวิต Date admitted/Date of death

16. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่

Are you currently taking any medication regularly or having any chronic health condition?

☐ ไม่ใช่ No ☐ ใช่ Yes, หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น please state the name of medicine and the cause of sickness

คำรับรองของผู้เอาประกันภัย Warranties by the Insured

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

It is known and agreed by the applicant that he/she will not be covered for any injury or sickness arising directly, from, or as the complication of the injury or sickness which the applicant have declared in this application form or was excluded as specified in the designated exclusion endorsements agreed and accepted by the insured himself/herself in every conditions. (The company will separately endorse such designated exclusions as the exclusion endorsements.)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้ายกเว้นที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท อากเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

I hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I declare that above statements are complete and true. I agree to have this application form included in the contract between I and the company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the insurance company cancel this insurance policy. Besides, I also authorize **Southeast Insurance Public Company Limited** to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physicians, hospitals, medical facilities or any other organizations which has any my health information or record include HIV testing result.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

The applicant allows the company to collect, use and disclose my medical and personal information to the Office of Insurance Commission (OIC.) for the purpose of insurance industry supervision.

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทอากเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

Yes, and I permit the insurer 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:

☐ ไม่มีความประสงค์

No.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว
สำเนาของการมอบนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

This document is not an insurance contract. The applicant will be covered when the confirmation from the Company is made.

A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย Applicant's signature

()

วันที่ขอเอาประกันภัย Date/...../.....

☐ ประกันภัยตรง Direct ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย Broker ใบอนุญาตเลขที่ License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ
จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้

Warning from the Office of Insurance Commission (OIC)

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.