

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคล กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ ยูนิเวอร์แซล / อีลิท ซีรีส์ (แบบที่ 2)
Application Form Personal Health & Accident Insurance – Universal / Elite Series (Form 2)

☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยรายปี (Annual) ☐ กรณีชำระเบี้ยประกันภัยราย.....เดือน (..... Monthly)

รายละเอียดข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย (Insured Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล (Full Name) (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) (MR./MISS/MRS./Other).....
เพศ (Gender) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female) เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Phone No.).....
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card No./Passport No.).....
น้ำหนัก (Weight)..... กก. (Kg) ส่วนสูง (Height)..... ซม. (Cm) วันเดือนปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YYYY) ____/____/____
อายุ (Age)..... ปี (Yr) อาชีพ (Occupation)..... ตำแหน่ง/ลักษณะงาน (Position / Details).....

ที่อยู่ปัจจุบัน (Contact Address)

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary Name)..... อายุ (Age)..... ปี (Yr)
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured).....
ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary Name)..... อายุ (Age)..... ปี (Yr)
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย (Relationship with Insured).....

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Insurance Period)

วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง (Effective Date) หลังจากผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ / Subject to Underwriting เวลา (Time) --- น. (Hour) สิ้นสุดวันที่ (Expiry Date) ตามเงื่อนไขบริษัทฯ / As Per Term Of Policy เวลา (Time) 16.30 น.
(กรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะต่ออายุโดยอัตโนมัติหากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย) (This policy will auto renew if premium paid within grace period. Policy termination applies per term and condition stated in policy wording)

แบบประกันภัย/ความคุ้มครอง (Insurance Package / Coverage) แผน (Plan).....

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (Insurance Premium) บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม)
Baht (Including Tax and Stamp)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย (Insurance Premium Payment By)

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box)	ไม่มี/ ไม่เคย No	มี/เคย Yes
1. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยชดเชยรายได้รายวัน กับบริษัทอื่นหรือไม่ (Do you have health, life, accident or hospital income protection insurance with other Insurer?)	☐	☐
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันภัยสุขภาพหรือไม่ (Have you ever been declined, increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for health insurance?)	☐	☐
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ (Have you ever undergone a surgical procedure of investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years?)	☐	☐
4. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ (Have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which had not been performed?)	☐	☐

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้ (Insured's health declaration : Please ✓ the appropriate box)	ไม่มี/ ไม่เคย No	มี/เคย Yes
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งชิ้นเนื้อ ตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือไม่ (Have you had special treatment with X – Ray, Ultrasound, CT scan, MRI Scan, Biopsy, and Electrocardiogram?)	☐	☐
6. ท่านเคยมี หรือกำลังมีความผิดปกติหรือโรค ตามด้านล่างนี้หรือไม่ (Have you had or currently have the following symptoms/diseases?)		
6.1 ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอด หอบหืด ภูมิแพ้ เป็นต้น (Any respiratory disorders such as lung trouble, asthma, allergy, etc.)	☐	☐
6.2 ความผิดปกติของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน (Any heart, myocardial or cardiovascular disease)	☐	☐
6.3 ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจน ความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง (Any skeletal – muscular system disorders, joint disorders rheumatism, arthritis, gout or back trouble)	☐	☐
6.4 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ ระบบการย่อยอาหาร เช่น อาการปวดท้องเรื้อรัง ท้องผูก สลับท้องเสียเรื้อรัง ภาวะลำไส้แปรปรวน แผลในทางเดินอาหาร เป็นต้น (Any digestive disorders, gastrict disorder, bowel disoreder, such as chronic abdominal pain, irritated bowel syndrome, gastrict ulcer etc.)	☐	☐
6.5 เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่างๆ (Any enlarged glands or any form of cancer, tumor non-malignant tumor or mass or cyst)	☐	☐
6.6 ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก (Any eye, ear, nose or throat disorders and abnormalities)	☐	☐
6.7 โรคตับและถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น (Any liver and gall bladder disorder such as hepatitis, cholecystitis, gallstones, etc.)	☐	☐
6.8 โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Any reproductive disorders and sexually transmitted diseases)	☐	☐
6.9 ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว โรคไต ปัสสาวะผิดปกติ เป็นต้น (Any urinary system disorders such as renal stone, kidney disease, urinary disorder, etc.)	☐	☐
6.10 ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก แพ้ตัวปากอ้า ในภาวะพ่วงเอ็นไซม์ G6PD เกร็ดเลือดผิดปกติ เป็นต้น (Any circulatory and blood disorders such as Hypertension, Anemia, Abnormal bleeding, G6PD, Abnormal platelet , etc.)	☐	☐
6.11 ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ เช่น คอพอก ไทรอยด์เป็นพิษ ไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น (Any thyroid gland disorders such as thyrotoxicosis, hypothyroid, etc.)	☐	☐
6.12 ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง เช่น เส้นเลือดสมองโป่งพอง ปวดศีรษะเรื้อรัง ความทรงจำผิดปกติ เป็นต้น (Any brain and nervous system disorders and cerebrovascular diseases such as aneurysm, chronic headache, memory disorder, etc.)	☐	☐
6.13 ออทิซึม โรคลมชัก โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วันโรค โรคเอสแอลอี โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแคระแกร็น (Autistic, Epilepsy, Kidney, Single kidney, diabetes, tuberculosis, S.L.E, Thalassemia,Dwarfism)	☐	☐
7. นอกจากข้อ 6 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือ ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ (Apart from item 6, are you currently injured or sick?)	☐	☐
8. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่ (Are you currently taking any medication or undergoing any treatment regularly?)	☐	☐
9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ หรือไม่? (Do you currently smoke?) ☐ ไม่สูบบุหรี่ (No) ☐ สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน (Yes, less than 20 cigarettes per day) ☐ สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันเป็นเวลา (Yes, more than 20 cigarettes per day for)ปี (years) หากเลิกสูบแล้ว เลิกสูบเมื่อ (If quitted, when?) กรุณาระบุสาเหตุที่เลิก (please provide reason)		

10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ (Do you drink alcohol?) ☐ ไม่ดื่ม (No) ☐ ดื่ม (Yes) ถ้าใช่ โปรดระบุ ชนิด (If yes, please specify) ☐ สุรา (Spirit) ☐ เบียร์ (Beer) ☐ ไวน์ (Wine) ☐ อื่นๆ (Other)..... ปริมาณ ครั้งละ (Amount per time).....เฉลี่ย (Average frequency).....ครั้ง / สัปดาห์ (times/week) ☐ อื่นๆ (Other)			
เฉพาะสตรี (Female Only)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ไม่มี/ไม่เคย No</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">มี/เคย Yes</td> </tr> </table>	ไม่มี/ไม่เคย No	มี/เคย Yes
ไม่มี/ไม่เคย No	มี/เคย Yes		
11. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีโรคเกี่ยวกับเต้านม โรคที่เกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ความผิดปกติของประจำเดือน ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อนหรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุ (Have you in the past 5 years had any breast disorders, diseases of uterus, ovaries, tubes or cervix, menstruation disorder, gynecological disorder or pregnancy-related disease or complication? If yes, please specify.)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>	☐	☐
☐	☐		
12. ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ถ้าใช่ โปรดระบุอายุครรภ์ Are you pregnant? If yes, please specify..... เดือน (Months)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">☐</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>	☐	☐
☐	☐		
ถ้าท่านตอบ “มี/เคย” ในคำถามข้อ 1 - 24 กรุณาให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในช่วงว่างด้านล่าง If you answer “Yes” in any question (item 1 – 24) please give details in the space below. 			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมานั้น ได้เสนอโดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าพำนักอาศัยประจำอยู่ในประเทศไทย หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้ผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ

(All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and I understand that the company, believing them to be such, will rely on them. I further understand that the premiums quoted above, or elsewhere, unless otherwise advised by LMG Insurance, are quoted in respect of me and my family being resident in Thailand. I do hereby appoint LMG Insurance as the Attorney-in-face to request copies or any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, healthcare provider, or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original. I understand that this insurance will not commence until the company has approved my application.)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย (I agree that LMG Insurance may collect, use, and disclose my information to the Office of Insurance Commission for the purpose of insurance system governance.)

ลายมือชื่อ (Signature).....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย (Insured)
วันที่ เดือน ปี (Date).....

ลายมือชื่อ (Signature).....
(.....)

ผู้กระทำการแทน (Authorize Person)
กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร เท่านั้น
(Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only)

โปรดระบุความสัมพันธ์ (Please specify relationship to Insured person).....
วันที่ เดือน ปี (Date).....

หมายเหตุ : หากผู้ขอเอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย (Remark: If applicant age under 20 years old, guardian must sign)

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker) ใบอนุญาตเลขที่ (License number)

คำเตือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) **WARNING BY Office of Insurance Commission**
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 (The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance company refusing to honor insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.)