

**สำหรับเจ้าหน้าที่ของบริษัท/For Company's Official Use**

วันที่ส่งใบคำขอ/Submit Date..... ใบคำขอเลขที่/Application No. .... กรมธรรม์เลขที่/Policy No. ....  
 ชื่อตัวแทน/นายหน้า/Agent's/Broker's Name ..... สาขา/Branch .....  
 ใบอนุญาตตัวแทน/นายหน้าเลขที่/Agent/Broker License No. .... โทรศัพท์/Tel. ....

**ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล  
 Individual Health and Personal Accident Insurance Application Form**

**เอกสารประกอบ/Support Document**

( ) บัตรประชาชน/I.D. Card ( ) หนังสือเดินทาง/Passport ( ) บัตรอื่น ๆ/Other Card ..... เลขที่/No. ....

**ข้อมูลส่วนตัวของผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Personal Information**

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Name .....  
 ชื่อผู้ปกครอง/Parents' Name (ในกรณีผู้เยาว์/In Case of Youth) .....  
 ที่อยู่/Home Address .....  
 ..... โทรศัพท์/Tel. .... โทรสาร/Fax .....

ชื่อที่ทำงาน/Office's Name .....

ที่ตั้ง/Office Address .....  
 ..... โทรศัพท์/Tel. .... โทรสาร/Fax .....

สถานที่ให้ส่งเอกสาร/Mailing Address ( ) ที่อยู่/Home Address ( ) ที่ทำงาน/Office Address  
 โทรศัพท์มือถือ/Mobile Tel. .... อีเมลล์/E-mail .....

วัน/เดือน/ปี เกิด ของผู้เอาประกันภัย/ Birth Date of Applicant ..... อายุ (ปี)/Age (Year) ..... เพศ/Sex .....

สถานที่เกิด/Birth Place ..... สัญชาติ/Nationality ..... ส่วนสูง (ซม.)/Height (CM.) .....

น้ำหนัก (กก.)/Weight (KG.) ..... อาชีพ/Occupation ..... รายได้ (บาท/เดือน)/Income (Bt/Mth) .....

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

**ชื่อผู้รับประโยชน์/Name of Beneficiary (ies)**

1) ..... ร้อยละ/Percent ..... ความสัมพันธ์/Relationship .....  
 2) ..... ร้อยละ/Percent ..... ความสัมพันธ์/Relationship .....  
 3) ..... ร้อยละ/Percent ..... ความสัมพันธ์/Relationship .....

**แผนประกันภัยที่ผู้ขอเอาประกันภัยต้องการสมัคร/Insurance Benefits which Applicant Applying For**

	แผน/Plan	เบี้ยประกันภัย (บาท)/Premium (Baht)
( ) ผู้ป่วยใน/IPD ( ) Simply Healthy ( ) Wealthy Healthy ( ) Maxi Healthy	.....	.....
( ) Cashy Safety	.....	.....
( ) ผู้ป่วยนอก/OPD	.....	.....
( ) ผลประโยชน์อื่น/Other Benefit	.....	.....
	รวม/Total	.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย/Warning of Office of Insurance Commission**  
 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามในใบคำขอเอาประกันภัยตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิด หรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่าย  
 เงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ กรุณาติดต่อขอคำแนะนำ  
 ได้จาก บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่โทรศัพท์ 0 2515 3995 หรือสายด่วน 1186  
 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. Any query about the policy can be consulted with Thai Health  
 Insurance Public Company Limited or of Office of Insurance Commission at Telephone No. 0 2515 3995 or Hot Line 1186

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

ในกรณีที่ท่านไม่ได้แถลง หรือแถลงไม่ครบถ้วนในข้อใดข้อหนึ่ง บริษัทจะถือเสมือนหนึ่งว่า ท่านแถลงปฏิเสธ (ไม่) ในข้อนั้น ๆ  
 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 ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่?  
 Do you have life insurance, health insurance, or personal accident insurance with any other insurance company?  
 ( ) No/ไม่ ( ) Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียดผลประโยชน์ความคุ้มครอง/If yes, please specify coverage benefit .....
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันชีวิต ประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลจากบริษัทอื่นหรือไม่?  
 Have you ever been rejected, added exclusion, or cancelled from life insurance, health insurance, or personal accident insurance policy by any other insurance company?  
 ( ) No/ไม่ ( ) Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify .....
3. ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือไม่?  
 Have you had injury from accident or sickness that needed to have surgical operation, or in-patient treatment, during the last 5 years?  
 ( ) No/ไม่ ( ) Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify. ....

อุบัติเหตุหรือโรคที่เป็น/ Injury or Sickness	วันที่เข้ารับการรักษา/ Date of Treatment	วิธีการรักษา/ Method of Treatment	ชื่อแพทย์ หรือสถานพยาบาล/ Name of Physician or Hospital	อาการปัจจุบัน/ Present Condition

4. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติ ที่ยังมีได้เข้ารับการปรึกษา หรือรับการรักษาจากแพทย์หรือไม่?  
 Do you have any sickness or abnormal health condition that still has not been consulted with or received treatment from physician presently?  
 ( ) No/ไม่ ( ) Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify .....
5. ในปัจจุบัน ท่านมีอาการเจ็บป่วย หรืออาการผิดปกติ ที่แพทย์แนะนำให้เข้ารับการปรึกษา หรือเข้ารับการผ่าตัดหรือไม่?  
 Do you have any sickness or abnormal health condition that physician recommends to have treatment or surgical operation presently?  
 ( ) No/ไม่ ( ) Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify .....
6. ท่านมีความพิการ มีโรคประจำตัว หรือมีโรคที่ต้องอยู่ในการดูแลเป็นประจำของแพทย์ (รวมถึงการได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วย) หรือไม่?  
 Do you have any handicap, underlying diseases, or sickness under regular physician care (including OPD treatment)?  
 ( ) No/ไม่ ( ) Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify .....
7. ท่านใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือไม่?  
 Do you use any drug regularly?  
 ( ) No/ไม่ ( ) Yes/ใช่ ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด/If yes, please specify .....
8. กรุณาระบุชื่อแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก พร้อมทั้งที่อยู่ ซึ่งท่านใช้บริการเป็นประจำ (ถ้ามี)  
 Please give the name of physician, hospital, or clinic including its address which you regularly use (if any). .....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาประกันภัยนี้ได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลหรือประวัติสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าได้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของใบคำขอเอาประกันภัยนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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 Thai Health Insurance Public Company Limited. to request for any kind of information, or to take a photocopy, regarding my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization on my behalf. A photocopy of this application shall be valid as the original.

ทำที่/Written at ..... วันที่/Date .....

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant's Signature ..... ลงชื่อตัวแทน/Agent's Signature .....

ลงชื่อพยาน/Witness's Signature ..... ลงชื่อพยาน/Witness's Signature .....

**ใบนำส่งเบี้ยประกันภัย/Premium Payment Voucher**

กรุณานำส่งเบี้ยประกันภัยโดยวิธีต่อไปนี้เท่านั้น/Please pay by the following methods only:

วันที่/Date .....

ชื่อผู้เอาประกันภัย/Insured Person's Name ..... กรมธรรม์เลขที่/Policy No. ....

( ) เช็ค A/C Payee สั่งจ่าย บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)/ A/C Payee Cheque Payable to Thai Health Insurance Public Company Limited.

ชื่อธนาคาร/Bank Name ..... เลขที่/No. .... ลงวันที่/Date ..... จำนวนเงิน/Amount .....

( ) ธนาณัติ (สั่งจ่าย บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ปณฝ. ไทยประกันชีวิต 10326)

Money Order (Payable to Thai Health Insurance Public Company Limited. P.O. Box Thai Life Insurance 10326)

( ) โอนเงินเข้าบัญชี บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) (กรุณาส่งโทรสารสำเนาใบโอนเงินมาที่ส่วนการเงิน ที่หมายเลขโทรสาร 02 642-3131)

Transfer to Thai Health Insurance Public Company Limited. (Please fax pay-in slip to Finance Division at Fax. No. 02 642-3131)

( ) บมจ. ธนาคารกรุงเทพ สาขาอโศก-ดินแดง บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 185-3-05702-2

Bangkok Bank Plc., Asoke-Dindaeng Branch, Current Account No. 185-3-05702-2

( ) บมจ. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขาสี่แยกอโศก บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 109-0-02344-2

Bank of Ayudhya Plc., Asoke Junction Branch, Current Account No. 109-0-02344-2

( ) บมจ. ธนาคารกสิกรไทย สาขาเอสพลานาด บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 777-1-00322-7

Kasikorn Bank Plc., Esplanade Branch, Current Account No. 777-1-00322-7

( ) บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารัตนาธิเบศร์ สาขาถนนรัชดาภิเษก บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 060-3-03541-2

Siam Commercial Bank Plc., Ratchadaphisek Rd. Branch, Current Account No. 060-3-03541-2

( ) บมจ. ธนาคารทหารไทย สาขารัชดาภิเษก-ห้วยขวาง บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 054-1-05004-3

TMB Bank Plc., Ratchadapisek-Huay Kwang Branch, Current Account No. 054-1-05004-3

( ) บมจ. ธนาคารทีสโก้ สาขาอาคารกนิษฐ์ บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 0132-111-000021-5

TISCO Bank Plc., Pakin Tower Branch, Current Account No. 0132-111-000021-5

( ) บมจ.ธนาคารธนชาติ สาขาพระราม 9 บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 165-2-17872-6

Thanachart Bank Plc., Praram 9 Branch, Saving Account No. 165-2-17872-6

( ) บัตรเครดิต/Credit Card ( ) วีซ่า/Visa Card ( ) มาสเตอร์/Master Card ( ) ธนาคารทหารไทย/TMB Bank

ชื่อผู้ถือบัตร/Card Holder Name

หมายเลขบัตร/Card No

วันหมดอายุ/Expiry Date

จำนวนเงิน/Amount ..... จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Print .....

ลงชื่อผู้ถือบัตร/Authorized Signature ..... วันที่/Date .....

กรณีนำส่งเบี้ยประกันภัยนอกเหนือจากช่องทางข้างต้น และบริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ยังไม่ได้รับค่าเบี้ยประกันภัย บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่ออกกรมธรรม์ จนกว่าจะได้รับความเบี้ยประกันภัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว หากมีข้อสงสัย ขอความกรุณาสอบถามได้ที่ 02 202 9200 ต่อ 71-74

In case of payment by other method stated above, and Thai Health Insurance Public Company Limited. has not received such payment, the company reserves the right not to issue the policy until the payment has been received. For more inquiry please call 02 202 9200 Ext. 71-74

**ใบแจ้งหมายเลขบัญชีเพื่อรับค่าสินไหมทดแทน ทางการโอนเงินผ่านธนาคาร/Account for Claim Payment Transferring Notification**

เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการได้รับค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในกรณีที่ท่านสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองไปก่อน และเรียกกรังสินไหมทดแทนจากบริษัทฯ ภายหลัง กรุณาแจ้งหมายเลขบัญชีเพื่อรับชำระค่าสินไหมทดแทนด้วยวิธีการโอนเงินผ่านธนาคารให้บริษัทฯ ทราบด้วย หากท่านมีความประสงค์ใช้บริการดังกล่าว

For your convenience to receive claims payment from Thai Health Insurance Public Company Limited. in case you pay for treatment expenses by yourself first and reimburse from the company later, please notify your account number for transferring the claim payment into it, in case you need the company to do so.

ชื่อธนาคาร/Bank Name ..... สาขา/Branch .....

ประเภทบัญชี/A/C Type ..... เลขที่บัญชี/A/C No. ....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย/Insured Person's Name ..... วันที่/Date .....