






What would you like to do?

สมัครกรมธรรม์ประกันภัยใหม่
Apply for a New Policy

เพิ่มสมาชิกในครอบครัวภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยปัจจุบัน
Add a dependent to my current policy
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Policy No : _____

แผนความคุ้มครองของคุณ
Select Your Plan

วันที่ต้องการเริ่มต้นความคุ้มครอง Plan Start Date / /

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยใน INPATIENT PLAN</p>  | <p>Hi5</p> <p><input type="checkbox"/> Hi5 แผน 1 ความคุ้มครอง 5,000,000 บาท ต่อปี (ค่าห้องผู้ป่วยปกติ 5,000 บาท/วัน) Hi5 Plan 1 with THB 5,000,000 annual limit (THB 5,000 Room and Board per day)</p> <p><input type="checkbox"/> Hi5 แผน 2 ความคุ้มครอง 5,000,000 บาท ต่อปี (ค่าห้องผู้ป่วยปกติ 8,000 บาท/วัน) Hi5 Plan 2 with THB 5,000,000 annual limit (THB 8,000 Room and Board per day)</p> | <p>PRIME</p> <p><input type="checkbox"/> PRIME แผน 1 ความคุ้มครอง 10,000,000 บาท ต่อปี (ค่าห้องผู้ป่วยปกติ 12,000 บาท/วัน) PRIME Plan 1 with THB 10,000,000 annual limit (THB 12,000 Room and Board per day)</p> <p><input type="checkbox"/> PRIME แผน 2 ความคุ้มครอง 30,000,000 บาท ต่อปี (ค่าห้องผู้ป่วยปกติ 15,000 บาท/วัน) PRIME Plan 2 with THB 30,000,000 annual limit (THB 15,000 Room and Board per day)</p> <p><input type="checkbox"/> PRIME แผน 3 ความคุ้มครอง 50,000,000 บาท ต่อปี (ค่าห้องผู้ป่วยปกติ 20,000 บาท/วัน) PRIME Plan 3 with THB 50,000,000 annual limit (THB 20,000 Room and Board per day)</p> | |
| <p>ความรับผิดส่วนแรก (บาท) Annual Deductibles (in THB)</p> | <p><input type="checkbox"/> ไม่มี No Deductible</p> <p><input type="checkbox"/> THB 30,000</p> <p><input type="checkbox"/> THB 60,000</p> <p><input type="checkbox"/> THB 100,000</p> <p><input type="checkbox"/> THB 300,000</p> | | |
| <p>ผลประโยชน์กรณีผู้ป่วยนอก OUTPATIENT OPTION</p>  | <p><input type="checkbox"/> ไม่มี No Outpatient Benefits</p> <p><input type="checkbox"/> เลือกแผน 1 (40,000 ต่อรอบปีกรมธรรม์ มีค่าใช้จ่ายร่วม 50%) Outpatient Option 1 (40,000 THB per policy year with 50% copayment)</p> <p><input type="checkbox"/> เลือกแผน 2 (200,000 บาท ต่อรอบปีกรมธรรม์) Outpatient Option 2 (200,000 THB per policy year)</p> | | |
| <p>OPTIONS</p> | <p>การรักษาทันตกรรม Dental Option</p>  <p><input type="checkbox"/> ไม่มี No Dental Benefits</p> <p><input type="checkbox"/> ทันตกรรม แผน 1 (20,000 บาท ต่อรอบปีกรมธรรม์ มีค่าใช้จ่ายร่วม 10%) Dental Option 1 (20,000 THB per policy year with 10% copayment)</p> <p><input type="checkbox"/> ทันตกรรม แผน 2 (60,000 บาท ต่อรอบปีกรมธรรม์ มีค่าใช้จ่ายร่วม 10%) Dental Option 2 (60,000 THB per policy year with 10% copayment)</p> <p><input type="checkbox"/> ทันตกรรม แผน 3 (100,000 บาท ต่อรอบปีกรมธรรม์ มีค่าใช้จ่ายร่วม 10%) Dental Option 3 (100,000 THB per policy year with 10% copayment)</p> | <p>การคลอดบุตร Maternity Option</p>  <p><input type="checkbox"/> ไม่มี No Maternity Benefits</p> <p><input type="checkbox"/> คลอดบุตร แผน 2 (200,000 บาทต่อรอบปีกรมธรรม์) Maternity Option 2 (200,000 THB per policy year)</p> <p><input type="checkbox"/> คลอดบุตร แผน 3 (300,000 บาทต่อรอบปีกรมธรรม์) Maternity Option 3 (300,000 THB per policy year)</p> | <p>การรักษาเกี่ยวกับสายตา Vision Option</p>  <p><input type="checkbox"/> ไม่มี No Vision Benefits</p> <p><input type="checkbox"/> สายตา แผน 1 (10,000 บาทต่อรอบปีกรมธรรม์) Vision Option 1 (10,000 THB per policy year)</p> |
| <p>อาณาเขตความคุ้มครอง ZONE OF COVERAGE</p> | <p><input type="checkbox"/> โซน C Zone C ทั่วโลก ยกเว้น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สวิตเซอร์แลนด์ อิสราเอล ญี่ปุ่น ฮองกง บาฮามาส จีน รัสเซีย สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ ไต้หวัน บราซิล Worldwide excluding USA, Canada, Switzerland, Israel, Japan, Hong Kong, Bahamas, China, Russia, United Kingdom, Singapore, Taiwan, Brazil</p> | <p><input type="checkbox"/> โซน B Zone B ทั่วโลก ยกเว้น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สวิตเซอร์แลนด์ อิสราเอล ญี่ปุ่น ฮองกง บาฮามาส จีน Worldwide excluding USA, Canada, Switzerland, Israel, Japan, Hong Kong, Bahamas, China</p> | <p><input type="checkbox"/> โซน A Zone A ทั่วโลก ยกเว้น สหรัฐอเมริกา Worldwide excluding USA</p> |

1 รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย The Applicant / Planholder Details

นาย Mr. นาง Mrs. นางสาว Miss อื่น ๆ (โปรดระบุ) Other (specify) :

ชื่อ First Name นามสกุล Surname

วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth / /

เพศ Gender : ชาย Male หญิง Female สถานภาพสมรส Marital Status : โสด Single สมรส Married อื่น ๆ Other

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง ID No./ Passport No. สัญชาติ Nationality

ประเทศที่พำนักอาศัย Country of Residence ประเทศอันเป็นถิ่นกำเนิด Country of Origin / Country of Birth

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Mobile Number: +66 เบอร์โทรศัพท์เพื่อใช้รับข้อความจากบริษัทประกันภัย Mobile Number to receive SMS communication from the Insurer: +66

อีเมล Email Address (ข้อมูลประกันภัยจะจัดส่งไปที่อีเมลนี้ Insurance policy will be sent to this email)

ชื่อผู้รับประโยชน์ Name of Beneficiary ความสัมพันธ์ Relationship to the Beneficiary

อาชีพ: Occupation

เกษตรกร Agriculture / Farmer นักลงทุน Investor นักการเมือง Politician

ครู / อาจารย์ Teacher / Professor แพทย์ / สัตวแพทย์ Doctor / Veterinarian ผู้ประกอบการธุรกิจ / เจ้าของกิจการ วัตถุประสงค์ Business Owner /

ตัวแทน / นายหน้าประกันภัย Agent / Broker พ่อบ้าน / แม่บ้าน Househusband / Housewife Specify

ตำรวจ / ทหาร Policeman / Soldier รับจ้าง Mercenary ธุรกิจค้าขายอัญมณี / ทอง / ของเก่า Jewelry / Gold / Antique Trading

นักกฎหมาย / ที่ปรึกษากฎหมาย Lawyer / Attorney ศิลปิน / นักแสดง Artist / Performer ธุรกิจแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ Foreign Currency Exchange

ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ Government officer / State Enterprises employer นักเรียน / นักศึกษา Student / Collegian ธุรกิจโอนเงินออกนอกประเทศ International Money transfer

พนักงานบริษัท Company employee อาชีพอิสระ Freelance คาสิโน / การพนัน Casino and Gambling Business

อื่น ๆ โปรดระบุ Other / Specify ธุรกิจสถานบริการ Entertainment Place

อื่น ๆ โปรดระบุ Other / Specify ผลิตและค้าอาวุธ Weapons Supplier or Broker

อื่น ๆ โปรดระบุ Other / Specify นายหน้าจัดหางาน Recruitment Agency

อื่น ๆ โปรดระบุ Other / Specify ธุรกิจนำเที่ยว Tour operator

อื่น ๆ โปรดระบุ Other / Specify อื่น ๆ โปรดระบุ Other / Specify

แหล่งที่มาของรายได้ Source of income ประเทศไทย Thailand ต่างประเทศ Foreign โปรดระบุประเทศ Specify Country

ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address **ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร Billing Address:** ที่อยู่เดียวกันกับที่อยู่ปัจจุบัน Same as Current Address

บ้านเลขที่ House Number จังหวัด City/Province บ้านเลขที่ House Number จังหวัด City/Province

ถนน/ซอย Road / Soi หมู่บ้าน Village ถนน/ซอย Road / Soi หมู่บ้าน Village

..... เขต/อำเภอ District เขต/อำเภอ District

แขวง/ตำบล Sub-district รหัสไปรษณีย์ Postal Code แขวง/ตำบล Sub-district รหัสไปรษณีย์ Postal Code

2 รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ Dependents Details

| เพิ่มสมาชิกในครอบครัว Add Dependent (s) | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 1 Dependent 1 | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 2 Dependent 2 | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 3 Dependent 3 | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 4 Dependent 4 |
|--|--|--|--|--|
| ชื่อ First Name | | | | |
| นามสกุล Surname | | | | |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง ID No./ Passport No. | | | | |
| เพศ Gender | <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female | <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female | <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female | <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female |
| สถานภาพสมรส Marital Status | | | | |
| วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| สัญชาติ Nationality | | | | |
| ประเทศอันเป็นถิ่นกำเนิด Country of Birth | | | | |
| ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Applicant/Planholder | | | | |
| อาชีพ Occupation | | | | |
| ชื่อผู้รับประโยชน์ Name of Beneficiary | | | | |

3 ข้อมูลของแพทย์ผู้ทำการรักษา Doctor's/ Medical Practitioner's Details

กรุณาให้รายละเอียดของแพทย์ผู้ทำการรักษาในปัจจุบันหรือบุคคลที่คุ้นเคยกับประวัติทางการแพทย์ของท่านและสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัย
Please give details of your current doctor or the one who is most familiar with your family's medical history.

| | ผู้ขอประกันภัย The Applicant / Planholder | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 1 Dependent 1: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 2 Dependent 2: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 3 Dependent 3: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 4 Dependent 4: |
|--|--|--|--|--|--|
| ชื่อ Name | | | | | |
| โรงพยาบาล/ คลินิก/ สถานประกอบการ Hospital/ Clinic/ Practice | | | | | |
| หมายเลขโทรศัพท์ Telephone | | | | | |
| อีเมล Email | | | | | |
| ที่อยู่ Address รหัสไปรษณีย์ Postcode | | | | | |
| ข้อสังเกต Remark | | | | | |

4 ข้อมูลประวัติสุขภาพ Medical History

| | ผู้ขอประกันภัย The Applicant / Planholder | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 1 Dependent 1: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 2 Dependent 2: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 3 Dependent 3: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 4 Dependent 4: |
|--|--|--|--|--|--|
| ส่วนสูง (ซม.) Height (cm.) | | | | | |
| น้ำหนัก (กก.) Weight (kg.) | | | | | |
| ความดันโลหิต (ถ้ามี) Blood Pressure (Optional) | | | | | |

โปรดตอบคำถามด้านล่างโดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในกรณีที่ท่านตอบว่า “ใช่” สำหรับคำถามข้อใด กรุณาแสดงรายละเอียด อย่างละเอียดครบถ้วนพร้อมทั้งระบุชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับคำถามดังกล่าว กรุณาแนบเอกสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของคุณมาพร้อมกับใบคำขอเอาประกันภัย
Please reply to the questions below with either yes or no. If the response given is yes, please provide full details in the relevant sections below, clearly stating the person to which the information relates. Any extra information regarding the state of your health may be added on additional sheets of paper and attached to this form.

| | ผู้ขอประกันภัย The Applicant / Planholder | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 1 Dependent 1: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 2 Dependent 2: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 3 Dependent 3: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 4 Dependent 4: |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ในปัจจุบันท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติงานอาชีพได้เต็มเวลา อันเนื่องมาจากสภาวะของสุขภาพของตนเองใช่หรือไม่? Does your present state of health prevent you from performing your full time profession/occupation? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เป็นบางเวลา Therapeutic Part Time Leave | | | | | |
| ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เป็นเวลา Total leave | | | | | |
| โปรดระบุเหตุผล Reason(s) | | | | | |
| 2. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยได้รับหรือได้รับคำแนะนำให้ทำการผ่าตัดใด ๆ ที่นอกเหนือจากการผ่าตัดไส้ติ่ง ต่อมทอนซิล หรือ ต่อมอินฮอดหรือไม่? Have you undergone or been advised to undergo surgery, other than for the extraction of the appendix, tonsils or adenoids? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| รายละเอียดของการผ่าตัด Details of Surgery | | | | | |
| วันที่ Date (s) | | | | | |
| 3. ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการแนะนำให้ลาป่วยหรือได้รับการรักษาใดใด ที่มีระยะเวลาเกินกว่า 5 วัน หรือไม่? (ยกเว้นการรักษาไข้หวัด และ ไข้หวัดใหญ่) During the past five years, have you been prescribed sick leave or a medical treatment exceeding five days? (excluding common colds and flu treatments) | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| โปรดระบุเหตุผล Please give reason | | | | | |
| การรักษาที่ได้รับ Nature of treatment | | | | | |
| เกิดจากสถานการณ์ใด Which circumstances apply | | | | | |
| 4. ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาหรือได้รับการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ (ยกเว้นการรักษาไข้หวัด และ ไข้หวัดใหญ่) ซึ่งเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาล คลินิก สถานพินิจ ศูนย์รักษาพยาบาล สถานพยาบาลผู้เป็นโรคเรื้อรัง หรือต้องได้รับการกายภาพบำบัด การควบคุมอาหาร หรือไม่? Have you received care or undergone medical tests (excluding common colds and flu treatments) during the past five years in a medical establishment (hospital, clinic, convalescent home, physiotherapy, dietary needs or treatment center, sanatorium) ? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| เมื่อวันที่ (โปรดแนบสำเนารายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ให้ทราบ) Date(s) (Please attach photocopies of operative reports and pathology reports) | | | | | |

| | ผู้ขอเอาประกันภัย The Applicant / Planholder | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 1 Dependent 1: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 2 Dependent 2: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 3 Dependent 3: | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ 4 Dependent 4: |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง (ยกตัวอย่างเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ภาวะซึมเศร้า โรคที่เกิดจากกรดยูริกต่าง ๆ โรคมะเร็ง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือความผิดปกติทางโลหิตวิทยาอื่น ๆ) หรือไม่? During the past 10 years, have you experienced any chronic or serious illnesses (including but not limited to diabetes, hypertension, stroke, heart disease, depression, inflammatory disease, cancer, leukemia or other blood illness)? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| โปรดระบุชื่อโรคและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น วันที่ และระยะเวลาที่มีอาการ วิธีการรักษา วันที่รักษาหาย ผลภายหลังการรักษา รวมถึงความถี่ใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง Please indicate which illness and state clearly all relevant details (date, duration, treatment, recovery date, after-effects, comments) | | | | | |
| 6. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการตรวจค้นหาโรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสที่ก่อให้เกิดภาวะความคุ้มกันบกพร่องของมนุษย์หรือไม่? Have you had a screening for AIDS, hepatitis virus or for one of the human immuno-deficiency viruses? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| วันที่ Date (s) | | | | | |
| ลักษณะของการตรวจ Nature of the test | | | | | |
| ผลการตรวจ Result | | | | | |
| 7. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยได้รับผลกระทบหรือภาวะสืบเนื่องใด ๆ ภายหลังจากได้รับอุบัติเหตุหรือภายหลังการเจ็บป่วยหรือไม่? Have you had any after-effects resulting from an accident or illness? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| โปรดระบุรายละเอียด Description | | | | | |
| วันที่ได้รับผลกระทบ Date of event | | | | | |
| ลักษณะของผลกระทบที่ได้รับ Nature of effect | | | | | |
| วันที่ฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ Recovery date | | | | | |
| ผลกระทบที่เกิดขึ้น After-effects | | | | | |
| 8. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยมีอาการทุพพลภาพใด ๆ หรือได้รับบำเหน็จบำนาญเหตุทุพพลภาพ (พลเรือน หรือทหาร) หรือบำเหน็จบำนาญเหตุสูงอายุ หรือไม่? Do you suffer from a disability or are you entitled to a disablement pension (civilian or military) or old age pension? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| โปรดระบุภาวะทุพพลภาพ Nature of disability | | | | | |
| โปรดระบุเงินกองทุนหรือรายได้ประจำปีที่ได้รับ Nature of pension or annuity | | | | | |
| จำนวนเงินที่ได้รับ (โปรดแนบสำเนาใบแจ้งการรับเงินกองทุนดังกล่าว) Rate (Please attach notification) | | | | | |
| 9. ท่าน หรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัยหรือการรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไข จากประกันอุบัติเหตุ ประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือไม่? Have you ever been accepted on special conditions or refused personal accident, life or health insurance? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| โปรดระบุถึงสาเหตุของการปฏิเสธและวันที่ได้รับการปฏิเสธ Reason for and date of rejection | | | | | |
| 10. ท่าน หรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยเคยมีอาการเจ็บป่วยจากภาวะ หรืออาการใด ๆ ในขณะนี้ เช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้อ ภาวะเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ ฯลฯ หรือไม่? Are you or have you been lately suffering from any sign or symptom (pain, lumps, bleeding etc ...)? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียด If yes, please describe | | | | | |
| 11. ท่าน หรือสมาชิกในครอบครัวที่ขอเอาประกันภัยอยู่ระหว่างการตรวจวินิจฉัย หรือการรับการรักษาด้วยยาเพื่อรักษาโรคหรือได้รับการรักษาในรูปแบบอื่น ๆ หรือเคยได้รับการแนะนำให้มีการรักษาหรือไม่? Are you or have you been lately undergoing any investigation or taking any medication or receiving any form of treatment recommended or prescribed? | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No | <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No |
| ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียด If yes, please describe | | | | | |

5

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร 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 Thai Revenue Department:
- เอกสารนี้ให้ใช้สำหรับปีภาษี For Tax Year เท่านั้น Only เป็นต้นไป Onwards
- ไม่มีความประสงค์
No

6 ถ้อยแถลงและการอนุมัติ
Declaration and Authorization

- ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอเอาประกันภัยรวมทั้งในนามของสมาชิกในครอบครัวที่มีชื่อปรากฏอยู่ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้
 I hereby apply for coverage on behalf of all the family members named in this application form.

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนั้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าไม่ได้ปกปิดหรือละเว้นข้อเท็จจริงใด ๆ ที่จะทำให้บริษัทปฏิเสธการรับประกันภัยได้
 I hereby declare that the above statements are full, complete and true to the best of my knowledge, and that I have not declared or omitted to declare any particular that may mislead the Insurer.

- ข้าพเจ้า และบุคคลที่มีชื่อเป็นผู้ขอเอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ มีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการรับประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
 I and applicants named in this application, request to obtain the insuring agreement according to the terms and conditions of this policy. The Applicants declare and warrant that the above answers are true and complete. This application shall be the basis of the contract between the Applicants and the Company. If any of my statement is untrue or false, this policy becomes voidable. The company is entitled to void the policy according to the Civil Commercial Code Section 865.

- ข้าพเจ้า และบุคคลที่มีชื่อเป็นผู้ขอเอาประกันภัยในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ยินยอมให้แพทย์ผู้ที่เกี่ยวข้องทำการรักษาหรือให้คำปรึกษาแก่บุคคลใด ๆ ที่ระบุชื่อไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้เปิดเผยข้อมูลการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าได้รับความยินยอมจากบุคคลที่มีชื่อเป็นผู้ขอเอาประกันภัยนี้ในการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวเช่นเดียวกัน
 I and applicants named in this application, authorize any doctor who has ever provided treatment or given advice to any persons named in this application to disclose information regarding the treatment that are related to any claim under this Policy. I have obtained the consent of all dependents named in this application to be enrolled to disclose their healthcare information in accordance with this authorization.

- ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีความจำนงที่จะชำระเบี้ยโดยชำระผ่านบัตรเครดิต ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการหักบัญชีบัตรเครดิตของข้าพเจ้าตามจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ได้ตกลงไว้ในวันที่ทำสัญญาประกันภัยหรือวันที่ครบกำหนดชำระเบี้ยประกันภัย และข้าพเจ้ายินยอมให้หักเบี้ยประกันภัยต่ออายุของข้าพเจ้าตามที่ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะเรียกเก็บในงวดถัดไปจนกว่าจะมีการแจ้งยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยเป็นลายลักษณ์อักษรจากข้าพเจ้า
 If I have agreed to make payment via credit card, I authorize The Navakij Insurance Public Company Limited to debit my account with the appropriate premiums agreement dates or on their due dates. I also authorize subsequent renewal premiums to be invoiced by The Navakij Insurance Public Company Limited until I provide a written notice for the termination of this Agreement.

- เป็นที่ตกลงว่าข้อมูลสุขภาพของบุคคลที่มีชื่ออยู่ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะถูกแลกเปลี่ยนเปิดเผยระหว่างผู้รับประกันภัย และผู้ให้บริการพยาบาลภายในเครือข่ายดังกล่าว
 I understand that the medical information of any persons named in this application form will be exchanged between the insurer and the medical professionals within its network.

- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดำเนินการจัดส่งเอกสารใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไปยังที่อยู่ปัจจุบันและ/หรือที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร และอีเมลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งไว้
 I authorize The Navakij Insurance Public Company Limited to send documents concerning this Policy to the home and/or billing address and email address I have provided or, upon my notification, to my intermediary's address.

- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
 I authorize the company to collect, utilize and disclose my health related facts and personal information to the Office of Insurance Commission for the purpose of insurance industry regulation.

- เป็นที่ตกลงกันไว้ว่าแม้ข้าพเจ้าได้ชำระเบี้ยประกันภัยแล้วก็ตาม ข้าพเจ้ายังสามารถยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยโดยได้รับคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ห้าร้อยบาท) โดยที่ข้าพเจ้าจะต้องยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยภายในเวลา 15 วันหลังจากที่ข้าพเจ้าได้รับกรมธรรม์ประกันภัย หากพ้นกำหนด 15 วันแล้ว บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะสงวนสิทธิ์ในการคิดเบี้ยประกันภัยตามระยะเวลาที่ได้คุ้มครองไปแล้ว
 I understand that even if I have paid for my membership, I will be reimbursed the remaining premium after deducting actual medical check-up fee and company expenses per policy 500 Baht (if any) if I cancel within 15 days after I received the insurance policy, given that I have submitted no claims. Passed the 15 days deadline, The Navakij Insurance Public Company Limited reserves the right to withhold the amount relating to the period of actual coverage.

- บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่ผู้เสียชีวิตและเป็นเหตุจำเป็นและไม่เป็นเหตุจำเป็นตามกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้
 The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Covered Person, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company. If the Covered Person does not allow the company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the company reserves the right not to pay such claims.

ความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูล (กรุณาให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ)
Consent for the Company to collect, use or disclose health information

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออกรักร สบับัน หรือบุคคลที่มีบันทึกเรื่องราวด้านป่วย หรือการบาดเจ็บ รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
 I hereby give my consent to any doctor, medical facility, insurance company, organization, institution or person with medical records regarding my illness or injury, including facts about my medical history, to disclose all facts to The Navakij Insurance Public Company Limited or authorized person.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์
 I give my consent to the Company or authorized person to collect, use and disclose information about my health to the insurance company, reinsurance company, legal authority, and/or authorized person; for the purpose of insurance application, claims payment according to the policy or medical benefits.

7 ลงชื่อ
Signature

| ผู้ขอประกันภัย The Applicant / Planholder | ผู้อยู่อุปการะลำดับที่ 1 Dependent 1: | ผู้อยู่อุปการะลำดับที่ 2 Dependent 2: | ผู้อยู่อุปการะลำดับที่ 3 Dependent 3: | ผู้อยู่อุปการะลำดับที่ 4 Dependent 4: |
|--|--|--|--|--|
| วันที่/ Date : □□/□□/□□□□ | วันที่/ Date : □□/□□/□□□□ | วันที่/ Date : □□/□□/□□□□ | วันที่/ Date : □□/□□/□□□□ | วันที่/ Date : □□/□□/□□□□ |
| <input type="checkbox"/> ประกันตรง (Direct) <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker) ใบอนุญาตเลขที่ (License No.) | | | | |

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) : โปรดอ่านข้างต้นตามความป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Reminder from the Office of Insurance Commission: The Applicant must declare and answer all questions truth fully. If the Applicant conceals, misrepresents, or omits to inform relevant facts, the policy will be voidable. The company has the right to void the Insurance Policy according to article 865 of the Civil and Commercial Code.