



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยรักษาสภาพ
HEALTH CARE INSURANCE APPLICATION FORM

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

Applicant's Personal Information

ชื่อ - นามสกุล เพศ ชาย หญิง
Name-Surname Gender Male Female

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เชื้อชาติ / สัญชาติ
Date of Birth Age Yrs. Nationality

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง
Identity Card No. Passport No.

ที่อยู่ตามภูมิลำเนาเดิม เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน
Residence Address House No. Village No./Moo Village/Mooban

อาคาร เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย
Building Room No./Floor Lane/Soi

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
Road Sub district/Tambon District/Amphoe

จังหวัด รหัสไปรษณีย์
Province Postal code

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
Telephone no. Mobile Phone no. Email

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

The Beneficiary's Personal Information

ชื่อ - นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย
Name-Surname Relationship to the Applicant

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

Period of Insurance

เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.
From at Hrs. To at Hrs.

4. แผนประกันภัย

Package Plan

5. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

Health and Other Declarations

ท่านเป็นหรือเคยเป็นหรือมีการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการตรวจรักษา ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำ จากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือ ไม่ (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” หรือ “ไม่มี” ในตารางต่อไปนี้ ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี” กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการปัจจุบัน)

Are you having/have you ever had/are you aware that you have/have you been diagnosed or examined and given advice or suggestions by doctor as having any of the following diseases? (Please put ✓ either in the ‘No’ or ‘Yes’ space in the table below. If your answer is ‘Yes’ please provide details about relevant medical treatments and current symptoms.)

ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
ความดันโลหิตสูง	High Blood Pressure/ Hypertension (HT)			
HIV/ โรคเอดส์/ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	HIV/ AIDS/ IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME			
เบาหวาน	Diabetes mellitus (DM)			
การอุดตันของเส้นเลือด	Thrombosis			
โรคตับแข็ง	Cirrhosis			



ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
โรคไตวายเรื้อรัง	Chronic renal failure (CRF)/ Chronic kidney Disease (CKD) / End State Renal Failure (ESRD)			
น้ำท่วมปอด	Pulmonary Edema			
โรคหัวใจทุกชนิด	Heart disease			
โรคที่เกี่ยวข้องกับสมองทุกชนิด	All type of Brain disorders			
หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน	Hemorrhagic stroke or Ischemic stroke			
โรคทางจิตเวช	Psychosis			
โรคเลือดทุกชนิด	Hematologic diseases			
โรค SLE/DLE โรคภูมิแพ้ตัวเอง	Systemic lupus erythematosus / Discoid lupus erythematosus			
ธาลัสซีเมีย	Thalassemia			
โรคคาวาซากิ	Kawasaki's Disease			
หลอดลมโป่งพอง	Bronchiectasis			
โรคถุงลมโป่งพอง / กลุ่มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Emphysema / Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD			
ม้ามโต	Splenomegaly			
ไวรัสตับอักเสบ B และ C	Hepatitis B,C Virus			
มะเร็งทุกชนิด	Cancer			
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	Leukemia			
พิษสุราเรื้อรัง	Alcoholic Disorder/ Alcoholism			
ลมบ้าหมู/ลมชัก	Epilepsy			
อัมพฤกษ์/อัมพาต	Paresis/Paralysis			
พาร์กินสัน	Parkinson			



ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
อัลไซเมอร์	Alzheimer			
โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง	Chronic gastritis			
ไมเกรน	Migraine			
เนื้องอกร้าย	Malignant หรือ Cancerous Tumor			
ไทรอยด์เป็นพิษ/ไฮเปอร์ไทรอยด์	Hyperthyroidism			
หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	Herniated Disc			
กระดูกพรุน	Osteoporosis			
แขน ขา ขาดจากโรคหรือการเจ็บป่วย	Loss of extremity limbs From illness			
แขน ขา ขาดจากอุบัติเหตุ	Loss of extremity limbs from accident			
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	Covid-19			กรณีระบุว่า "มี" กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาเพิ่มเติมดังนี้ โรงพยาบาลที่รักษา จำนวนวันในการรักษา.....วัน ท่านพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยประเภทใด <input type="checkbox"/> ห้องผู้ป่วยปกติ จำนวนวันที่พักรักษาวัน <input type="checkbox"/> ห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) จำนวนวันที่พักรักษาวัน
โรคหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ	Any Diseases			

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อ สรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department.

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department

ไม่มีความประสงค์

No

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิด ไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอ 3/4 มอบอำนาจแก่บริษัทผู้รับประกันภัยในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
 25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ. 2490
 Established 1947

ทะเบียนเลขที่ 0107536000625
 Registration No. 0107536000625

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 the insured/s of this insurance to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I agree to let the company collect, use and declare the insured's information to the Office of Insurance Commission for regulation of insurance business.

.....
 (.....)

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 Applicant's signature

..... / /

วัน/เดือน/ปี
 Date/Month/Year

การประกันภัยโดยตรง
 Direct

ตัวแทนประกันวินาศภัย
 Agent

นายหน้าประกันวินาศภัย
 Broker

..... ใบอนุญาตเลขที่
 License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Reminder of Office of Insurance Commission (OIC)

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void and may have caused the Company to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code