

ชื่อสมาชิกประกันภัย/ตัวแทน
 ประกันภัย
 ใบอนุญาตนเลขที่

- ผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครอง ควรกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มให้ครบถ้วนพร้อมลงนามในใบคำขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ และสุขภาพส่วนบุคคลแบบพิเศษเอฟพีจี
- ผู้ขอเอาประกันภัยและสมาชิกในครอบครัวจะต้องแถลงรายละเอียดสุขภาพของทุกท่าน พร้อมลงนามและวันที่ในใบสมัคร ผู้ปกครองสามารถกรอกรายละเอียดและเซ็นเอกสารแทนบุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปีได้

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุแบบพิเศษเอฟพีจี

กรุณากรอกข้อมูลโดยผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย

 ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.) นามสกุล
 เพศ วัน เดือน ปี เกิด อายุ ปี สัญชาติ เชื้อชาติ
 ประเทศที่กำเนิด ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน อาชีพ
 เลขาธิการที่ใช่แสดง บัตรประจำตัวประชาชน
 เลขหนังสือเดินทาง

2. ที่อยู่ของผู้เอาประกันภัย

 ที่อยู่ หมู่ ซอย หมู่บ้าน ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ที่อยู่สำรองในการติดต่อ
 โทรศัพท์ (บ้าน) (ที่ทำงาน) (มือถือ)
 จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ภูมิภาคที่สำรองในการติดต่อ ไทย ต่างๆ

3. รายละเอียดผู้ได้รับความคุ้มครอง (คู่สมรส, บุตร)

| ชื่อ-สกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง | เพศ ชาย/หญิง | เชื้อชาติ | เลขที่บัตรประชาชน /หนังสือเดินทาง | วัน/เดือน/ปี เกิด | อายุ (ปี) | น้ำหนัก (กก.)/ ส่วนสูง (ซม.) | อาชีพ | ประเทศ ที่กำเนิด | ความสัมพันธ์กับ ผู้ขอเอาประกันภัยหลัก |
|------------------------------------|-----------------|-----------|--------------------------------------|----------------------|-----------|---------------------------------|-------|---------------------|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

4. โปรดระบุชื่อแผนความคุ้มครองที่ท่านเลือก

 แผนประกันที่เลือก
 ความคุ้มครองเพิ่มเติม (ถ้ามี)
 อาณาเขตให้ความคุ้มครอง ทั่วโลก ทั่วโลกยกเว้นประเทศสหรัฐอเมริกา
 วันที่ท่านต้องการให้ปิดบังคับความคุ้มครอง (ไม่สามารถระบุวันที่ก่อนวันในใบสมัคร)
 ความรับผิดชอบส่วนแรก

5. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

 โปรดเลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบ รายปี ราย 6 เดือน
 โดยวิธี เงินสด
 ชำระผ่านบัตรเครดิตธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรคนอายุ
 Visa Master ชื่อเจ้าของบัตร โทรศัพท์
 ลายเซ็นเจ้าของบัตร
 ตัดบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่

รวมเบี้ยประกันที่ต้องชำระ บาทถ้วน (.....) (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

การต่ออายุอัตโนมัติ

 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุบรรณประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตหรือเงินฝากธนาคารตามที่แจ้งไว้ด้านบน

6. ค่าแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย / ผู้ได้รับความคุ้มครอง

กรุณาตอบคำถามดังต่อไปนี้ อย่างครบถ้วนและถูกต้อง

ชื่อของผู้เอาประกันภัย / ผู้ได้รับความคุ้มครอง นาย/นาง/น.ส./ค.ญ./ค.ส.

6.1 ท่าน/คู่สมรส

| คำถามสุขภาพ | ผู้เอาประกันภัยหลัก | คู่สมรส |
|---|---|---|
| 1. ท่าน/คู่สมรส ๐ หรือเคยมีประวัติการสูบบุหรี่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด) |
| 2. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่าน/คู่สมรสเคยได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |
| 3. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่าน/คู่สมรส เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง ถึงการรักษาโรค การรับประทานยา การสั่งยาจากแพทย์ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |
| 4. ท่าน/ คู่สมรส เคยได้รับการปฏิเสธ ทรานส์เล็กรรรมมัมประกันชีวิต ทรนรรมมัมประกันอุบัติเหตุ ทรนรรมมัมประกันสุขภาพ หรือมีการยื่นขื่นเบี่ยนประกันภัยจากบริษัทหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |
| 5. ท่าน/คู่สมรสเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์เพื่อทำการรักษาโรคหรือการวินิจฉัยที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรืออยู่ระหว่างรอการรักษาอยู่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |

6.2 บุตร

| คำถามสุขภาพ | บุตรคนที่ | บุตรคนที่ |
|--|---|---|
| 1. บุตรของท่าน ๐ หรือเคยมีประวัติการสูบบุหรี่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |
| 2. ใน 5 ปีที่ผ่านมา บุตรของท่าน ได้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |
| 3. ใน 5 ปี ที่บุตรของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางถึงรักษาโรค การรับประทานยา การสั่งยาจากแพทย์ หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |
| 4. บุตรของท่าน เคยได้รับการปฏิเสธ ทรานส์เล็กรรรมมัมประกันชีวิต ทรนรรมมัมประกันอุบัติเหตุ ทรนรรมมัมประกันสุขภาพหรือมีการยื่นขื่นเบี่ยนประกันภัยจากบริษัทหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |
| 5. บุตรของท่าน ได้รับการแนะนำจากแพทย์เพื่อทำการรักษาโรคหรือการวินิจฉัยที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรืออยู่ระหว่างรอการรักษาอยู่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย (ระบุรายละเอียด ผลการตรวจ ตลอดจนค่าวินิจฉัย) |

7. สำหรับบุคคลที่มีรายชื่อไม่ในรายชื่อเอาประกันภัย กรุณาแถลงภาวะความผิดปกติหรือความเจ็บปวดจากโรคต่างๆ หรืออาการต่างๆ รวมทั้งภาวะผิดปกติที่ซึ่งมิได้
 รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามตารางด้านล่าง กรณีใช้ โปสเตอร์ปุระยาอะเจียต เกี่ยวกับโรค อาการ ประเภทของการรักษา แพทย์ผู้ให้การรักษา

| โรค/ อาการ | ใช่ | ไม่ใช่ | รายละเอียดเพิ่มเติม |
|--|-----|--------|---------------------|
| 1. ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ หรืออาการเจ็บหน้าอก | | | |
| 2. ปัญหาเรื่องความดันโลหิต หรือความผิดปกติการไหลเวียนโลหิต | | | |
| 3. เวียนศีรษะ เป็นลม หมดสติ ชัก | | | |
| 4. โรคหลอดเลือดสมองแตก สัน จุดคืนหรือชั้นพิกนัส อันพาด | | | |
| 5. หอบหืด, ไอเรื้อรัง หายใจลำบาก หรือกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ | | | |
| 6. ภาวะอาหารอักเสบ โรคตับ ไวรัสตับอักเสบ ต่อมไทรอยด์ ระบบย่อยอาหารและ อาการเกี่ยวกับการย่อยอาหาร | | | |
| 7. โรคไต ภาวะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก หรือโรคระบบทางเดินปัสสาวะ | | | |
| 8. ระบบสืบพันธุ์หรือความผิดปกติของฮอร์โมนเพศ | | | |
| 9. เบาหวาน ไตเป็นไตเสื่อมสูง หรือโรคหรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับระบบหลอดเลือด | | | |
| 10. ก้อนเนื้ออก มะเร็งหรือต่อมอักเสบหรือความผิดปกติ | | | |
| 11. โรคหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับตา จู ลอ จุก | | | |
| 12. โรคหรือกลุ่มอาการเกี่ยวกับหลัง กระดูก ข้อเข่า กล้ามเนื้อหรือผิวหนัง | | | |
| 13. โรคทางจิตเวช หรือโรคระบบประสาท | | | |
| 14. เอดส์ ติดเชื้อ HIV หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | | | |
| 15. โรคอื่นๆ ที่ยังคงมีอาการหรือกลับเป็นซ้ำ | | | |
| 16. ระบบเลือด ภาวะซีด | | | |
| 17. ความผิดปกติของเส้นเอ็นทั้งเพศหญิงและชาย | | | |
| 18. การได้รับการรักษาเนื่องจากสารเสพติด หรือการเข้ารับการรักษาอาการสุราเรื้อรัง หรือ ที่ร้ายแรงกว่า | | | |
| 19. โรคอื่นๆ ความพิการ หรือข้อบกพร่องที่ยังคงเข้ารับการรักษาถึงปัจจุบัน | | | |

ในกรณีที่ท่านตอบ ใช่ กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองใช้บริการเป็นประจำ

.....

.....

.....

.....

.....

โปรดแจ้งชื่อแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก พร้อมที่อยู่ของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครองใช้บริการเป็นประจำ

.....

.....

.....

.....

.....

คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยควรตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยพบปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธ การจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

ข้าพเจ้าขอร้องว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากถือยถแถลงข้าพเจ้าเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เอฟพีจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้า ขอมอบอำนาจแก่บริษัท เอฟพีจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดข่าวสารเกี่ยวกับ ประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่นับถือหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำหรับการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์ขึ้นเมื่อวันเดือนปี

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บข้อมูลและเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการมอบเอาประกันภัยหรือการจ่ายค่าสินไหมทดแทนตามบรรณนี้ประกันภัย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทสามารถจัดเก็บ ใช้อื่นและเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงนามผู้เอาประกันภัยหรือผู้ได้รับความคุ้มครอง วัน/เดือน/ปี (วันที่กรอกในเอกสาร)

ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม วัน/เดือน/ปี (วันที่กรอกในเอกสาร)

(ลงนามแทนบุตรของผู้เอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)