



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Health Insurance Application Form)

ข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Personal Information

บัตรประชาชน / I.D. Card หนังสือเดินทาง / Passport บัตรอื่นๆ / Other I.D. Card เลขที่ / No.

ชื่อ-นามสกุล / Name of Applicant

วัน เดือน ปีที่เกิด / Date of Birth อายุ / Age ปี / year สัญชาติ / Nationality

เพศ / Gender ชาย / Male หญิง / Female ส่วนสูง Height ซม. / cm. น้ำหนัก / Weight กก. / kg.

สถานภาพสมรส / Marital Status โสด / Single สมรส / Married หม้าย / Widowed หย่า / Divorced

อาชีพ / Occupation ตำแหน่ง / Position

ลักษณะธุรกิจและหน้าที่ความรับผิดชอบ / Job Description

ที่ทำงาน (ชื่อบริษัท) / Office Name

ที่ตั้งสำนักงาน / Address

..... โทรศัพท์ / Office Tel. โทรสาร / Fax.

ที่อยู่ปัจจุบัน / Home Address

.....

โทรศัพท์ / Home Tel. โทรศัพท์มือถือ / Mobile Tel. อีเมล / E-mail

สถานที่ติดต่อ / Mailing Address ที่อยู่ปัจจุบัน / Home ที่ทำงาน / Office

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย / Required Period of Insurance เริ่มต้นวันที่ เวลา 00.01 น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

แผนประกันภัยและความคุ้มครองที่เลือก / Health Insurance Plan Selected

ชื่อกรมธรรม์ประกันภัย / Health Insurance Name แผนความคุ้มครอง / Coverage Plan

ผลประโยชน์เพิ่มเติม / Optional Benefits 1. 2.

ค่าเสียหายที่รับผิดชอบเองส่วนแรก (ขึ้นอยู่กับแผนความคุ้มครองที่เลือก) / Deductibles (depend on selected plans) บาท / Baht

วันที่ที่ต้องการให้เริ่มต้นคุ้มครอง (วัน/เดือน/ปี)/Date of commencement that the coverage would be effective (day/month/year):/...../.....

รายละเอียดผู้รับผลประโยชน์ / Name of Beneficiary

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary's Name	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the applicant	สัดส่วน (ร้อยละ) Ratio (Percentage)
1.
2.

สำหรับชาวต่างชาติ / for Expatriate

ท่านมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยหรือไม่ (พำนักรอยู่ในประเทศไทยอย่างน้อย 180 วัน ต่อปี)
 Is Thailand your main country of residence (where you spend at least 180 days per year)?

ใช่ / Yes ไม่ใช่ / No ถ้าท่านตอบ "ไม่ใช่" กรุณาระบุประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ / If "No", please specify main country of residence:

สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ / Tax Deduction

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

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร 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 residence, please enter the taxpayer ID number given by the from Revenue Department:

ไม่มีความประสงค์
 No



ข้อแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant's Health Condition Declaration

ในกรณีที่ท่านไม่ได้แถลง หรือแถลงไม่ครบถ้วนในข้อใดข้อหนึ่ง บริษัทจะถือเสมือนหนึ่งว่า ท่านแถลงปฏิเสธ (ไม่ใช่/ไม่เคย/ไม่มี) ในข้อนั้นๆ
 In case you do not declare or fail to declare each of the questions, the company shall consider that you declare decline (No) in that question

1. ท่านได้ทำประกันชีวิต ประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับบริษัท หรือบริษัทประกันชีวิต และประกันวินาศภัยอื่นหรือไม่ Do you have Life, Health, or Personal Accident Insurance with the company of any other insurance company?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเงื่อนไขหรือยกเลิกประกันชีวิต ประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลจากบริษัทอื่นหรือไม่ Have you ever been rejected, added exclusions, or cancelled from life, health, or personal accident insurance by any other insurance company?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:
3. ท่านมีอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติ ที่ยังมิได้เข้ารับคำปรึกษา หรือรับการรักษาจากแพทย์หรือไม่ Do you have any sickness or abnormal health condition that still has not been consulted with or received treatment from a physician presently?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:
4. ปัจจุบัน ท่านมีอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติ ที่แพทย์แนะนำให้เข้ารับการรักษา หรือเข้ารับการผ่าตัดหรือไม่ Do you have any sickness or abnormal health condition that physician recommends to have treatment or surgical operation presently?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:
5. ท่านมีความพิการ มีโรคประจำตัว หรือมีโรคที่ต้องอยู่ในความดูแลเป็นประจำของแพทย์ (รวมถึงการได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก) หรือไม่ Do you have any handicap, underlying diseases, or sickness under regular physician care (including OPD treatment)?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:
6. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ Have you undergone surgery at any time in the past?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:
7. ท่านใช้ยาอะไรเป็นประจำหรือไม่ Do you use any drugs regularly?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ Do you drink alcohol?
 ไม่ใช่ / No เป็นครั้งคราว / Occasionally เป็นประจำ / Regularly ปริมาณที่ดื่มต่อวัน / the quantity taken per day.....แก้ว/glasses
9. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ Have you ever smoked?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes
 ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาระบุปริมาณที่เคยสูบต่อวัน / If "Yes", please specify the quantity taken per dayมวน / cigarettes
 และเลิกสูบบุหรี่เมื่อ (เดือน/ปี) / and stopped since (Month/Year)/.....
10. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ Do you smoke at present?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes
 ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาระบุปริมาณที่สูบต่อวัน / If "Yes", please specify the quantity taken per day มวน / cigarettes
11. ท่านเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การดำน้ำลึก ปีนเขา หรือไม่ Do you engage in high risk activities or sports such as scuba diving, rock climbing etc.?
 ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify:



12. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือไม่ กรุณาให้รายละเอียดดังต่อไปนี้

Have you had injury from accident or sickness that needed to have surgical operation, or in-patient treatment, during the last 5 years?
 Please complete the detail in the below table and also specify date & type of treatment if there is any.

โรค ลักษณะอาการ และการเจ็บป่วย Disease, Symptom, Condition	ไม่เคย/ไม่มี No	เคย/มี Yes	โปรดระบุรายละเอียด Please specify
● อาการปวดหัวเรื้อรัง อาการปวดหัวข้างเดียว Chronic headache / Migraine headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● ความผิดปกติทางสายตา อาทิ ต้อกระจก ต้อหิน Eye disorder and abnormalities e.g. cataract, glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคเกี่ยวกับหู คอ จมูก Ear, Nose and Throat disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคภูมิแพ้ Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคหอบ, หืด Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคระบบทางเดินหายใจ อาทิ ทอนซิลอักเสบ หลอดลมอักเสบ Respiratory disorder e.g. tonsillitis, bronchitis, pneumonitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● อาการเกี่ยวกับช่องท้องเรื้อรัง Chronic abdominal pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคระบบทางเดินปัสสาวะ อาทิ โรคไต กระเพาะปัสสาวะอักเสบ Urinary system disorder e.g. kidney disease, urinary bladder disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคระบบทางเดินอาหาร อาทิ โรคกระเพาะอาหาร โรคเกี่ยวกับลำไส้ อุจจาระผิดปกติ Digestive system disorder e.g. peptic ulcer, intestine or bowel disorder, abnormal stool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต อาทิ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรือ ต่ำ Blood or circulation system disorder e.g. heart disease, hypertension or hypotension (high/low blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคต่อมไทรอยด์ Thyroid disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคต่อมลูกหมาก Prostate diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคระบบสืบพันธุ์ ชาย-หญิง Sexual organ dysfunction or infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคทางนรีเวช อาทิ โรคของเต้านม โรคเกี่ยวกับมดลูก, รังไข่, ท่อรังไข่ ประจำเดือนผิดปกติ Gynecologic disorder e.g. breast disorder, uterus disorder, ovaries or fallopian tubes disorder, menstrual disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคกระดูก Bones/Skeletal conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคมะเร็ง Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคเนื้องอก Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคริดสีดวงทวาร Hemorrhoids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



● โรคกระดูก Bones/Skeletal conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคมะเร็ง Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคเนื้องอก Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคริดสีดวงทวาร Hemorrhoids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคเบาหวาน Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคตับ Liver diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคไขข้อ โรคกล้ามเนื้อ หรือ โรคเก๊าท์ Joint, muscle disorder or gout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคผิวหนัง Skin disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคจิตประสาท Psychiatric or Nervous disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) / Human immunodeficiency virus (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● ความผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิด Congenital/Birth Conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● อื่นๆ Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13. กรุณาระบุชื่อแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก ซึ่งท่านใช้บริการเป็นประจำ (ถ้ามี)
 Please give the name of physician, hospital, or clinic which you regularly use (if any)

1.
2.

14. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง(อยู่ในกลุ่มเสี่ยง) หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์
 เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) หรือเข้าไปในประเทศ(หรือสถานที่) ที่มีการแจ้งเตือนว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19)
 ในช่วงระยะเวลา 14 วันหรือไม่?

Do you have any sickness or have self-awareness (High Risk Contact or Close contact) or have received medical treatment or notice or
 advice from physician regarding Covid-19 or enter (the location or) country that has been declared a Covid-19 with 14 days?

- ไม่ใช่/ No ใช่/ Yes ถ้าตอบ "ใช่" โปรดระบุรายละเอียด / If "Yes", please specify:
-

คำถามเพิ่มเติมเฉพาะสตรี / for Female Only

15. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่
 Are you pregnant?

- ไม่ใช่/ No ใช่/ Yes

ถ้าตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If "Yes", please specify : อายุครรภ์ / the fetal age สัปดาห์ / weeks

โรงพยาบาลที่รับฝากครรภ์ / the hospital which take care of pre-natal care



บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
 71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
 โทร. 02-6950800 แฟกซ์. 02-6950808
THAIVIVAT INSURANCE PCL.
 71 Din Daeng Road, Samsen Nai, Phaya Thai, Bangkok 10400

เลขทะเบียนนิติบุคคล / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107536001427

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกกล่าวสัญญาประกันภัยนี้ไว้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติ การรักษาพยาบาล ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า จากแพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่อง เกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าได้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับ ต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการ กู้กับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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.

I agree to let the Company cancel this insurance policy. I, besides this, assign Thaivivat Insurance PCL. to request for any kind of information, or to take a photocopy regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization on my behalf. A photocopy of this statement shall be valid as the original.

I, the applicant, authorize the company to file, use and disclose my medical and personal information to the Office of Insurance Commission for the purpose of insurance industry supervision.

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
 Applicant's Signature (.....)
 วันที่กรอกใบคำขอเอาประกันภัย
 Application Date

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจงตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับ ประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning by Office of Insurance Commission
 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.

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท / for Company Official Use

วันที่รับคำขอ Date Received	ผู้รับดำเนินการ Underwritten by
ใบคำขอเลขที่ Application No.	กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Policy No.
ตัวแทนประกันวินาศภัย/นายหน้าประกันวินาศภัย Agent/Broker <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย Agent Broker	ชื่อ-นามสกุล Agent/Broker Name
ตัวแทนประกันวินาศภัย/นายหน้าประกันวินาศภัย Agent/Broker No.	ใบอนุญาตเลขที่ License No.