

# ใบคำขอเอาประกันภัย (ฉบับเต็ม)

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

**Falcon Insurance**  
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)

## รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล .....เพศ  ชาย  หญิง  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี ส่วนสูง(ซม.)..... น้ำหนัก(กก.).....เชื้อชาติ / สัญชาติ ...../  
 บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....  
โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล.....  
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....รายได้.....(บาท / ปี)  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

## รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล .....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.  
โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ ชื่อแบบประกัน .....แผนที่ .....  
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)  
การชำระเบี้ยประกันภัย รายปี โดยวิธี  
 เงินสด โดย ชำระผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขา .....บัญชีเลขที่.....  
 บัตรเครดิต ธนาคาร .....หมายเลขบัตร.....บัตรหมดอายุ.....  
 อื่นๆ (พร้อมหลักฐานแนบ) .....  
 ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

## คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

- 1 ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี โปรดระบุ.....ยังมีผลบังคับหรือไม่  ไม่มี  มี
- 2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
- 3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการรักษา การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด หรือได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
- 4 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่  
โรคเมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือตับโต โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเอสแอลอี (SLE) อัมพฤกษ์ อัมพาต ทุพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
- 5 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่  
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไทรอยด์ คอพอก เนื้องอกหรือถุงน้ำที่ไม่ใช่เมะเร็ง โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ปวดศีรษะ ไมเกรน โรคเก๊าท์ โรคเลือดจางเรื้อรัง เส้นเลือดอุดตันที่ขา ต้อเนื้อต้อกระจก ไส้เลื่อน นิ้วทุกชนิด ไขว้สุดตามกระดูกที่แขน ขา หรือที่อื่นๆ  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

- 6 โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
- 7 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดอื่นหรือไม่  
 ไม่สูบ/ไม่เสพ  สูบ / เสพ ชนิด .....วันละ..... มวน / วัน
- 8 ปัจจุบันท่านดื่ม สุราหรือของมึนเมาหรือไม่  
 ไม่ดื่ม  ดื่ม ชนิด .....วันละ ..... แก้ว / วัน

**คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร**

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

**คำรับรองของผู้เอาประกันภัย**

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

- รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
- รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยสำหรับ การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้เอาประกันภัยได้ตกลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคซึ่งผู้เอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ผู้เอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ผู้เอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้เอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้เอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริงผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย ..... ( ) วันที่ขอเอาประกันภัย ...../...../.....	ผู้ปกครองโดยชอบธรรม ..... ( ) วันที่ขอเอาประกันภัย ...../...../.....
--	--

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว  
 สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

- การประกันภัยโดยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

**ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865**

