

Falcon Insurance
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุลเพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี ส่วนสูง(ซม.)..... น้ำหนัก(กก.).....เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล.....

อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง.....รายได้.....(บาท / ปี)

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป.....

สถานที่จัดส่งกรมธรรม์ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อีเมล ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุลความสัมพันธ์กับผู้ออกรักษา
ระยะเวลาออกรักษา เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 24.00 น.
โปรดเลือกแผนรักษาที่ทันต่อการ ชื่อแบบประกันแผนที่
รวมเบี้ยประกันที่ต้องชำระ: บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)
การชำระเบี้ยประกัน ☐ รายปี โดยวิธี
☐ โอนเงินผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร.....สาขาบัญชีเลขที่.....
☐ บัตรเดบิต หรือ บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตร.....บัตรหมดอายุ.....
☐ อื่นๆ (พร้อมหลักฐานแนบ)
ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกัน.....ความสัมพันธ์กับผู้ออกรักษา.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

1. ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุยังมีผลบังคับหรือไม่ ☐ 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 กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
 4. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่
 โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือม้ามโต 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 เนื้องอกหรือถุงน้ำที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ปวดศีรษะไมเกรน โรคเก๊าท์ ริดสีดวงทวาร เส้นเลือดอุดตันที่ขา ต่อนื้อต่อกระจก ไขสันหลัง นิ้วทุกชนิด ไขว้สควตามกระดูกที่แขน ขา หรือที่อื่นๆ
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

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

คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับ การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัย ได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคซึ่งผู้ขอเอาประกันภัย ได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของ สัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบ รายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงาน คณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

..... () ผู้แทนโดยชอบธรรม วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....	 () ผู้ขอเอาประกันภัย วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....
..... () ตัวแทนประกันวินาศภัย วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....	☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ☐ ใบอนุญาตเลขที่.....

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว
สำนักงานการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้
ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

