

ใบคำขอเอาประกันภัย (ฉบับเต็ม)

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลนิวโอพลัส

Falcon Insurance
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)

New i-Plus

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล IWC 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-นามสกุลความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นวันที่...../...../..... เวลา.....น. สิ้นสุดวันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.
โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ ชื่อแบบประกันแผนที่
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)
การชำระเบี้ยประกันภัย รายปี โดยวิธี
 เงินสด โดย ชำระผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร..... สาขาบัญชีเลขที่.....
 บัตรเครดิต ธนาคารหมายเลขบัตร.....บัตรหมดอายุ.....
 อื่นๆ (พร้อมหลักฐานแนบ)
 ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่น

- 1 ท่านมีประกันภัยสุขภาพ 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
โรคเมอริง โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมะเร็งตับ 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 โรคมะเร็ง โรคกรดไหลย้อน ปวดศีรษะ ไมเกรน โรคเก๊าท์ โรคไตเฉียบพลัน เส้นเลือดอุดตันที่ขา ต้อเนื้อต้อกระจก ไส้เลื่อน นิ้วทุกชนิด ไขว้สุดตามกระดูกที่เขน ขา หรือที่อื่นๆ
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

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

คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

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

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับ การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้ตกลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริงผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย () วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....	ผู้ปกครองโดยชอบธรรม () วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....
--	--

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว
 สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

- การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

