

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (ระยะเวลา 1 ปี)



Application form for Health and Personal Accident Insurance

Only apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period not exceeding 1 Year) in accordance with the Cabinet Resolution, dated 2 April B.E. 2562 (2019)

วันที่ขอเริ่มต้นเอาประกันภัย (คศ.): Insurance Start Date/...../..... (DD/MM/YYYY) แผนประกันภัยที่เลือก Selected Plan : <input type="checkbox"/> iSmart Health O-A Standard Plan <input type="checkbox"/> iSmart Health O-A Plan 1 <input type="checkbox"/> iSmart Health O-A Plan 2 <input type="checkbox"/> Other	เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย : Application Form No.
เบี้ยประกันภัย: Total premiumบาท: Baht	

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย: Applicant's Details

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant's Name
 นาย : Mr. นาง : Mrs. นางสาว : Miss
ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name
.....
หนังสือเดินทางเลขที่ : Passport No. วันหมดอายุ: Expiry Date/...../..... (DD/MM/YYYY)
เพศ: Gender Male : ชาย Female : หญิง อายุ : Age(Minimum 50 years old) สัญชาติ: Nationality
วัน/เดือน/ปีเกิด (คศ.): Date of Birth/...../..... (DD/MM/YYYY) น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ซม.) Weight (kg.) / Height (cm.)/.....
อาชีพก่อนเกษียณอายุ : Your occupation before retirement
ตำแหน่ง : Position ลักษณะงานที่ทำ : Type of work.....
ที่อยู่ปัจจุบัน : Current address.....
โทรศัพท์มือถือ : Mobile Phone No..... โทรศัพท์บ้าน : Telephone No..... อีเมล : E-mail.....

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์: Beneficiary's Details

ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1
 นาย : Mr. นาง : Mrs. นางสาว : Miss เด็กชาย : Mr. เด็กหญิง : Ms. อื่นๆ : Other.....
ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name
.....
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ : ID / Passport No. สัญชาติ: Nationality
เพศ: Gender Male : ชาย Female : หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด (คศ.): Date of Birth/...../..... (DD/MM/YYYY)
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย: Relationship to the Applicant คู่สมรส : Spouse บุตร : Child อื่นๆ : Other
สัดส่วน (ร้อยละ) Ratio (Percentage) โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.....
อีเมล : E-mail.....

ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 : Beneficiary Name 2
 นาย : Mr. นาง : Mrs. นางสาว : Miss เด็กชาย : Master เด็กหญิง : Ms. อื่นๆ : Other.....
ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name
.....
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ : ID / Passport No. สัญชาติ: Nationality
เพศ: Gender Male : ชาย Female : หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด (คศ.): Date of Birth/...../..... (DD/MM/YYYY)
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย: Relationship to the Applicant คู่สมรส : Spouse บุตร : Child อื่นๆ : Other
สัดส่วน (ร้อยละ) Ratio (Percentage) โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No.....
อีเมล : E-mail.....

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างตัวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (ระยะเวลา 1 ปี)



Application form for Health and Personal Accident Insurance

Only apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period not exceeding 1 Year) in accordance with the Cabinet Resolution, dated 2 April B.E. 2562 (2019)

3. คำถามสุขภาพสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย: Health Questionnaire for Applicant															
1. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่: Are you currently covered by any health, critical illness, life or personal accident insurance policy with The Falcon Insurance Public Company Limited or any other insurance company? <input type="radio"/> ไม่มี/No <input type="radio"/> มี โปรดระบุ/Yes please specify.....															
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่: Have you ever been rejected from the application or renewal of, or received rate adjustments or changed exclusion for any life, health, critical illness, or personal accident insurance? <input type="radio"/> ไม่เคย/No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ /Yes please specify															
3. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับ การปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่: During the past 5 years, have you ever been infected, had symptoms or diagnosed, undergone a surgical procedure, been or being treated, receiving medical consultant or advice for any of the following illness (es)?															
3.1	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> โรคมะเร็งทุกชนิด (Cancer) </td> <td style="width: 50%;"> <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก(Stroke, Brain disorder, Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease, Epilepsy) </td> <td> <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง (Heart disease and coronary artery disease, Chronic obstructive pulmonary disease or COPD, Emphysema) </td> <td> <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีม้ามโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบ, C โรคพิษสุราเรื้อรัง (Chronic kidney disease or kidney failure, Hepatomegaly or splenomegaly, Cirrhosis, Viral hepatitis B, C, Alcoholism) </td> <td> <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน(Ascites) (AIDS or positive HIV test, Severe blood disease or having the need of frequent blood transfusion, Ascites) </td> <td> <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn’s disease) </td> <td> <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด (Paresis, Paralysis, Disability, Handicap or Mental disorder) </td> <td> <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> โรคมะเร็งทุกชนิด (Cancer) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)	<ul style="list-style-type: none"> โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก(Stroke, Brain disorder, Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease, Epilepsy) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)	<ul style="list-style-type: none"> โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง (Heart disease and coronary artery disease, Chronic obstructive pulmonary disease or COPD, Emphysema) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)	<ul style="list-style-type: none"> โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีม้ามโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบ, C โรคพิษสุราเรื้อรัง (Chronic kidney disease or kidney failure, Hepatomegaly or splenomegaly, Cirrhosis, Viral hepatitis B, C, Alcoholism) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)	<ul style="list-style-type: none"> โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน(Ascites) (AIDS or positive HIV test, Severe blood disease or having the need of frequent blood transfusion, Ascites) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)	<ul style="list-style-type: none"> โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn’s disease) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)	<ul style="list-style-type: none"> อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด (Paresis, Paralysis, Disability, Handicap or Mental disorder) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)
<ul style="list-style-type: none"> โรคมะเร็งทุกชนิด (Cancer) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)														
<ul style="list-style-type: none"> โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก(Stroke, Brain disorder, Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease, Epilepsy) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)														
<ul style="list-style-type: none"> โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง (Heart disease and coronary artery disease, Chronic obstructive pulmonary disease or COPD, Emphysema) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)														
<ul style="list-style-type: none"> โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีม้ามโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบ, C โรคพิษสุราเรื้อรัง (Chronic kidney disease or kidney failure, Hepatomegaly or splenomegaly, Cirrhosis, Viral hepatitis B, C, Alcoholism) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)														
<ul style="list-style-type: none"> โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือดซึ่งรุนแรงหรือจำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ท้องมาน(Ascites) (AIDS or positive HIV test, Severe blood disease or having the need of frequent blood transfusion, Ascites) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)														
<ul style="list-style-type: none"> โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn’s disease) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)														
<ul style="list-style-type: none"> อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด (Paresis, Paralysis, Disability, Handicap or Mental disorder) 	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)														
3.2 โรคความดันโลหิตสูง : Hypertension or High blood pressure <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ใน 2 ปีที่ผ่านมา: In the past 2 years <input type="radio"/> เคย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง : I have been hospitalized from high blood pressure <input type="radio"/> ไม่เคย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง : I have never been hospitalized from high blood pressure															

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (ระยะเวลา 1 ปี)



Application form for Health and Personal Accident Insurance

Only apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period not exceeding 1 Year) in accordance with the Cabinet Resolution, dated 2 April B.E. 2562 (2019)

3.3 โรคเบาหวาน : Diabetes mellitus
 ไม่เคย : No เคย (โปรดระบุประเภท) : Yes, (please specify the type)
 ต้องฉีดยาอินซูลิน หรือเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง : Requires insulin injection or have been hospitalized from diabetes mellitus or other complication related from diabetes
 ไม่ต้องฉีดยาอินซูลิน และ ไม่เคย พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง : Does not require insulin injection or have never been hospitalized from diabetes mellitus or other complication related from diabetes

3.4 ไขมันในเลือดสูง: Hyperlipidemia
 ไม่เคย : No
 เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) รักษาด้วยยา : Oral medicine
 ไม่ต้องทานยา แต่แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหาร: Exercise or diet control
: ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด (คลอเลสเตอรอล) : Maximum cholesterol level found on examination (Cholesterol)
 200-240 มก. %: 200-240 mg. % มากกว่า 240 มก. % : More than 240 mg. %
: ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด (ไตรกลีเซอไรด์) : Maximum triglyceride level found on examination (Triglyceride)
 150- 200 มก. % 150-240 mg. % มากกว่า 200 มก. % : More than 200 mg. %

3.5 โรคทาลัสซีเมีย: Thalassemia
 ไม่เป็น /No
 เป็น (โปรดระบุ) Yes, (please specify)

3.6 เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ : Non-malignant Tumor, Mass or Cyst
 ไม่มี/ไม่เคยเป็น : No
 มี/เคยเป็น (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ประเภท / ชนิด : Type of tumor, mass or cyst อวัยวะที่เป็น : Position.....
 ยังมีอยู่/ เป็นอยู่: On currently รักษา หรือ ผ่าตัดแล้ว : Under treatment or post-surgery
 เกินกว่า 2 ปี: More than 2 years ผลชิ้นเนื้อ: Pathology report ปกติ : Normal ไม่ปกติ : Abnormal
 น้อยกว่า 2 ปี: Less than 2 years ผลชิ้นเนื้อ: Pathology report ปกติ : Normal ไม่ปกติ : Abnormal

3.7 โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น : Other disease or underlying disease or chronic disease which are not mentioned as above ไม่เคย/No เคย (โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง)/ Yes, (please specify)
: คำวินิจฉัยแพทย์/ สาเหตุ/อาการ/ การตรวจที่ได้รับ: Diagnosis/Cause of disease/Sign and symptoms/Medical examination received.....
.....
: การรักษา/ คำแนะนำที่ได้รับ: Treatment/Doctor's advice.....
.....
: เมื่อใด/ ช่วงเวลา ที่รับการรักษา: Time/Duration of medical treatment.....
.....
: ผลการรักษา: Result of treatment ปกติ Normal ไม่ปกติ โปรดระบุ: Abnormal, please specify

4. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการรักษา โดยการผ่าตัด หรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ หรือ กำลังเจ็บป่วย หรือ ยังมีอาการผิดปกติใดๆ ที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือรับคำปรึกษาจากแพทย์ หรือ ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว) : During the past 5 years until now, have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure related from disease or injury or illness or currently have any abnormal disorder **which has not yet been treated or which you have not yet consulted the doctor?** (If yes, please specify details of diagnosis, signs or symptoms treatment or advice received and date related)
 ไม่เคย: No เคย โปรดระบุ : Yes, please specify.....

5. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือมีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่: Are you currently on recovery from any illness or accident injury or post discharge from hospital or substance abuse or had been under treatment for alcoholism?
 ไม่ใช่ : No ใช่ โปรดระบุสาเหตุ : Yes, please specify.....

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (ระยะเวลา 1 ปี)



Application form for Health and Personal Accident Insurance

Only apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period not exceeding 1 Year) in accordance with the Cabinet Resolution, dated 2 April B.E. 2562 (2019)

6. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ) During the past 5 years, have you ever had any tests such as Computer scan, MRI, pathology, ultrasound, electrocardiogram, blood test, or urinalysis done? (If yes, please specify the cause and result of investigation together with, date and hospital's name.)

○ ไม่เคย : No ○ เคย โปรดระบุ : Yes, please specify

7. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดรวมทั้งชื่อแพทย์และโรงพยาบาล): Have you ever been advised to have a surgical operation or investigative procedure which has not yet been performed? (If yes, please specify physician's and hospital's name.)

○ ไม่เคย : No ○ เคย โปรดระบุ : Yes, please specify

8. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษารักษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่: Do you currently have any sickness or abnormal sign and symptoms which has not yet to be treated or consulted with the physician?

○ ไม่มี : No ○ มี หากมีโปรดระบุ /Yes, please specify.....

9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่: Do you smoke?

ในอดีต : In the past ○ ไม่สูบ: Never

○ เคยสูบบุหรี่: Yes, amount per day มวน stick(s) / สูบเป็นเวลานาน ปี : For the period of year(s)

ปัจจุบัน : Presently ○ ไม่สูบ Never

○ สูบวันละ: Yes, amount per day มวน stick(s)

10. บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคไตวาย หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่: Have your family member(s) ever been diagnosed with illness or death from tuberculosis, diabetes mellitus, heart disease, cancer, stroke, kidney failure or tested positive for HIV?

○ ไม่เคย / ไม่มี No

○ เคย / มี Yes, โปรดระบุบุคคลที่เป็น Please specify the individual

สาเหตุการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต Cause of illness or deathวันที่เข้ารับการรักษารักษาหรือเสียชีวิต Date of treatment or death

11. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่: Are you taking any medication regularly or have any underlying disease or chronic disease?

○ ไม่ใช่ : No ○ ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น : Yes, please specify the medicine and cause of illness.....

4. คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย Affirmation of the Applicant

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับการคุ้มครองประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

Please select how the applicant would prefer to receive the insurance policy

รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ : Receive as an e-policy via email (Email) specified

รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ : Receive as a document by post at the specified address

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้น โดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

It is agreed between the applicant and the company that this insurance policy will not provide cover to the applicant for injuries or illness that occur directly or as a result of or is a complication of injury or illness that the applicant has stated in this insurance application form or as the company have excluded as specified in the supplementary document for the specific disease in which the applicant is fully aware of and agrees to comply with these conditions (The company will issue a supplementary document for the specific disease especially).

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (ระยะเวลา 1 ปี)



Application form for Health and Personal Accident Insurance

Only apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period not exceeding 1 Year) in accordance with the Cabinet Resolution, dated 2 April B.E. 2562 (2019)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของ สัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

I would like to apply for insurance with the company in accordance with the conditions of the insurance policy that the company has used for this insurance and I certify that the statements above are true and complete. I agree to provide this insurance application as the insurance contract between me and the company, should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the company cancel the insurance contract. In addition, I authorize the Falcon Insurance Public Company Limited to obtain information about my medical history and physical condition from doctors, hospitals, medical institutions or any other organization that has a record my health including the facts about the blood test for HIV.

นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ ร้องขอ หรือรับทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ และ/หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าได้จากโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าจนแล้วเสร็จ สำเนาภาพถ่ายของเอกสารนี้ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

I do hereby give my consent to Falcon Insurance PCL or its representative to request copies of any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, healthcare provider, or any organization until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to claim for Personal Income Tax Deduction with this health insurance premium?

ไม่มีความประสงค์ : No

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ :

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 resident, please enter the taxpayer ID Number given by the Revenue Department :

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คป.ก.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย I consent to the company to keep, use and disclose facts about the health and information of the applicant to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefit of overseeing the insurance business.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

The Company reserves the right to check medical history and diagnosis of the Insured, and has the right to conduct an autopsy, within the limits of the law, in case of death, and the expense incurred will be paid by the Company.

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

If the insured person does not allow the company to investigate his claim or does not give permission to access his/her medical record or diagnosis, the company reserves the right no to pay such claims.

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว (ระยะเวลา 1 ปี)



Application form for Health and Personal Accident Insurance

Only apply for Non-Immigrant Visa Type O-A (Period not exceeding 1 Year) in accordance with the Cabinet Resolution, dated 2 April B.E. 2562 (2019)

(.....) ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย Applicant's Signature/...../..... วันที่ขอเอาประกันภัย Date of Application
---	--

<input type="checkbox"/> ประกันภัยตรง Direct	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ Broker	ใบอนุญาตเลขที่ License No.
---	--	--	-------------------------------

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอก
ล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865
Warning from the Office of Insurance Commission (OIC)
The applicant must truthfully answer all of the questions in this application form. Any concealment or false statement may result in this insurance contract to be
voidable. The Company shall have the right to void this insurance contract according to section 865 of the Civil and Commercial Code.