

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Only apply for Health Insurance for Non-Immigrant Visa Type O-X

วันที่ขอเริ่มต้นเอาประกันภัย (คต.): Insurance Start Date/...../..... (DD/MM/YYYY) แผนประกันภัยที่เลือก Selected Plan : <input type="checkbox"/> เบี้ยประกันภัย : Total premiumบาท : Baht	เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย : Application Form No.
1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant's Details	
ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant's Name <input type="checkbox"/> นาย : Mr. <input type="checkbox"/> นาง : Mrs. <input type="checkbox"/> นางสาว : Miss ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
หนังสือเดินทางเลขที่ : Passport No. วันหมดอายุ : Expiry Date/...../..... (DD/MM/YYYY) เพศ : Gender <input type="checkbox"/> Male : ชาย <input type="checkbox"/> Female : หญิง อายุ : Age(Minimum 50 years old) สัญชาติ : Nationality วัน/เดือน/ปีเกิด (คต.) : Date of Birth/...../..... (DD/MM/YYYY) น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ซม.) Weight (kg.) / Height (cm.)/..... อาชีพก่อนเกษียณอายุ : Your last occupation ตำแหน่ง : Position ลักษณะงานที่ทำ : Type of work..... ที่อยู่ปัจจุบัน : Current address โทรศัพท์มือถือ : Mobile Phone No. โทรศัพท์บ้าน : Telephone No. อีเมลล์ : Email	
2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ : Beneficiary's Details	
ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1 <input type="checkbox"/> นาย : Mr. <input type="checkbox"/> นาง : Mrs. <input type="checkbox"/> นางสาว : Miss <input type="checkbox"/> เด็กชาย : Master <input type="checkbox"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="checkbox"/> อื่นๆ : Other..... ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ : ID / Passport No. สัญชาติ : Nationality เพศ : Gender <input type="checkbox"/> Male : ชาย <input type="checkbox"/> Female : หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด (คต.) : Date of Birth/...../..... (DD/MM/YYYY) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="checkbox"/> คู่สมรส : Spouse <input type="checkbox"/> บุตร : Child <input type="checkbox"/> อื่นๆ : Other สัดส่วน (ร้อยละ) Ratio (Percentage) โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No. อีเมลล์ : Email	
ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 : Beneficiary Name 2 <input type="checkbox"/> นาย : Mr. <input type="checkbox"/> นาง : Mrs. <input type="checkbox"/> นางสาว : Miss <input type="checkbox"/> เด็กชาย : Master <input type="checkbox"/> เด็กหญิง : Ms. <input type="checkbox"/> อื่นๆ : Other..... ชื่อ : First Name ชื่อกลาง : Middle Name นามสกุล : Family Name <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ : ID / Passport No. สัญชาติ : Nationality เพศ : Gender <input type="checkbox"/> Male : ชาย <input type="checkbox"/> Female : หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด (คต.) : Date of Birth/...../..... (DD/MM/YYYY) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : Relationship to the Applicant <input type="checkbox"/> คู่สมรส : Spouse <input type="checkbox"/> บุตร : Child <input type="checkbox"/> อื่นๆ : Other สัดส่วน (ร้อยละ) Ratio (Percentage) โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ : Contact Phone No. อีเมลล์ : E-mail	



Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Only apply for Health Insurance for Non-Immigrant Visa Type O-X

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 รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ 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	• โรคมะเร็งทุกชนิด (Cancer)	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)
	• โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชก (Stroke, Brain disorder, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, Epilepsy)	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)
	• 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)
	• โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมีามโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบ B, 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)
	• 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)
	• โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease)	<input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)
	• 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)



<p>3.2 โรคความดันโลหิตสูง : Hypertension or High blood pressure</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ใน 2 ปีที่ผ่านมา : In the past 2 years</p> <p>ค่าความดันโลหิตล่าสุด Latest blood pressure value :</p> <p>ทานยาหรือพบแพทย์ต่อเนื่อง Continue to take medication or see a doctor : <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย : Yes</p> <p><input type="radio"/> เคย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง : I have been hospitalized from high blood pressure</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง : I have never been hospitalized from high blood pressure</p>
<p>3.3 โรคเบาหวาน : Diabetes mellitus</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุประเภท) : Yes, (please specify the type)</p> <p>ค่าระดับน้ำตาล Blood sugar level :</p> <p>ทานยาหรือพบแพทย์ต่อเนื่อง Continue to take medication or see a doctor : <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย : Yes</p> <p><input type="radio"/> ต้องฉีดอินซูลิน หรือเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง : Requires insulin injection or have been hospitalized from diabetes mellitus or other complication related from diabetes</p> <p><input type="radio"/> ไม่ต้องฉีดอินซูลิน และ ไม่เคย พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง : Does not require insulin injection or have never been hospitalized from diabetes mellitus or other complication related from diabetes</p>
<p>3.4 ไขมันในเลือดสูง: Hyperlipidemia</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย : No</p> <p><input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) <input type="radio"/> รักษาด้วยยา : Oral medicine</p> <p><input type="radio"/> ไม่ต้องทานยา แต่แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย หรือควบคุมอาหาร : Exercise or diet control</p> <p>: ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด (คอเลสเตอรอล) : Maximum cholesterol level found on examination (Cholesterol)</p> <p><input type="radio"/> 200-240 มก. % : 200-240 mg. % <input type="radio"/> มากกว่า 240 มก. % : More than 240 mg. %</p> <p>: ระดับไขมันที่เคยผิดปกติสูงสุด (ไตรกลีเซอไรด์) : Maximum triglyceride level found on examination (Triglyceride)</p> <p><input type="radio"/> 150- 200 มก. % 150-200 mg. % <input type="radio"/> มากกว่า 200 มก. % : More than 200 mg. %</p>
<p>3.5 โรคทาลัสซีเมีย : Thalassemia</p> <p><input type="radio"/> ไม่เป็น : No</p> <p><input type="radio"/> เป็น (โปรดระบุ) : Yes, (please specify)</p>
<p>3.6 เนื้องอก ก้อนเนื้อ คั่งเนื้อ ซีสต์ : Non-malignant Tumor, Mass or Cyst</p> <p><input type="radio"/> ไม่มี / ไม่เคยเป็น : No</p> <p><input type="radio"/> มี / เคยเป็น (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ประเภท / ชนิด : Type of tumor, mass or cyst อวัยวะที่เป็น : Position.....</p> <p><input type="radio"/> ยังมีอยู่ / เป็นอยู่ : On currently <input type="radio"/> รักษา หรือ ผ่าตัดแล้ว : Under treatment or post-surgery</p> <p><input type="radio"/> เกินกว่า 2 ปี : More than 2 years ผลชิ้นเนื้อ : Pathology report <input type="radio"/> ปกติ : Normal <input type="radio"/> ไม่ปกติ : Abnormal</p> <p><input type="radio"/> น้อยกว่า 2 ปี : Less than 2 years ผลชิ้นเนื้อ : Pathology report <input type="radio"/> ปกติ : Normal <input type="radio"/> ไม่ปกติ : Abnormal</p>



Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Only apply for Health Insurance for Non-Immigrant Visa Type O-X

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 หรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอันเนื่องมาจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ หรือ กำลั้งป่วย หรือ ยังมีอาการผิดปกติใดๆ ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา หรือรับคำปรึกษาจากแพทย์ หรือ ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการ หรืออาการแสดง 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. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือ มีการใช้สารเสพติดให้โทษหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่: 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.....

6. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด บีสตาเวหรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจหรือสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจวันเดือนปี 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 เคยโปรดระบุ : Yes, please specify

7. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมใด **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 ก้อนเนื้อออก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) **ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์** หรือไม่ : 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.....



Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Only apply for Health Insurance for Non-Immigrant Visa Type O-X

<p>9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ : Do you smoke?</p> <p>ในอดีต : In the past <input type="radio"/> ไม่สูบ : Never <input type="radio"/> เคยสูบวันละ : Yes, amount per day มวน stick(s) / สูบเป็นเวลานาน ปี : For the period of year(s)</p> <p>ปัจจุบัน : Presently <input type="radio"/> ไม่สูบ : Never <input type="radio"/> สูบวันละ : Yes, amount per day มวน stick(s)</p>
<p>10. บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง 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?</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย / ไม่มี : Never/No <input type="radio"/> เคย / มี : Yes, โปรดระบุบุคคลที่เป็น : Please specify the individual สาเหตุการป่วยหรือเสียชีวิต Cause of illness or death วันที่เข้ารับการรักษาหรือเสียชีวิต Date of treatment or death</p>
<p>11. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังใดๆ หรือไม่: Are you taking any medication regularly or have any underlying disease or chronic disease?</p> <p><input type="radio"/> ไม่ใช่ : No <input type="radio"/> ใช่ หากใช่โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น : Yes, please specify the medicine and cause of illness.....</p>
<p>4. คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร : Question of require to exercise the right to apply for income tax exemption under the tax law</p>
<p>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่</p> <p>Does the insured person wish to exercise the right to apply for income tax exemption under the tax law?</p> <p><input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....</p> <p>Wish and consent to the non-life insurance company to submit and disclose information about insurance premiums to the Revenue Department according to the rules and procedures prescribed by the Revenue Department and if the applicant is a foreigner (Non-Thai Resident) who is liable to pay income tax under the tax law, please specify Tax identification number received from the Revenue Department No.....</p>
<p><input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์ Not wish</p>
<p>5. คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย : Affirmation of the Applicant</p>
<p>ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด</p> <p>Which channel is the applicant wishing to choose to receive the insurance policy?</p> <p><input type="checkbox"/> รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ : Receive an e-policy via email as specified. <input type="checkbox"/> รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ : Receive documents by sending them by post at the specified address.</p> <p>เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทฯ กรรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขที่ทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)</p> <p>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</p>



Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Only apply for Health Insurance for Non-Immigrant Visa Type O-X

a supplementary document for the specific disease especially).

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของ สัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของผู้ขอเอาประกันภัยจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส 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.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็น กับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้

The company has the right to examine the Insured's medical history and diagnosis as necessary for this insurance and have the right to perform an autopsy in the event that it is necessary and not contrary to the law at the Company's expense.

In the event that the Insured does not consent to the Company to examine the Insured's medical history and diagnosis in order to support such compensation. The company can refuse to provide the coverage to the Insured.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) 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.

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

<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย	ใบอนุญาตเลขที่
Direct	Agent	Broker	License No.

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 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 the insurance company refusing to paid claims according to the Civil and Commercial Code, section 865



Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Only apply for Health Insurance for Non-Immigrant Visa Type O-X



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคารเอ เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บบจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่
Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)
33/4 Building A, The 9th Towers, 24th- 25th Fl.,
Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand
Tel.: (+66) 2037 9888

Applicaiton Form_ Non-Immigrant Visa Type O-X