

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Apply for Health Insurance for foreigner Visa

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 ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ : 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	<ul style="list-style-type: none"> ● โรคมะเร็งทุกชนิด (Cancer) <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ● 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) ● 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 โรคตับหรือมีไขมันในตับ โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบบี, ซี 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)
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 ค่าความดันโลหิตล่าสุด Latest blood pressure value : ทานยาหรือพบแพทย์ต่อเนื่อง Continue to take medication or see a doctor : <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย : Yes <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	



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
 33/4 อาคารเอ เอ-ไนท์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพญาไท 9
 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 02 037 9888
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 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



Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Apply for Health Insurance for foreigner Visa

<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>ระดับไขมันที่เคย์คิดปกติสูงสุด (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>ระดับไขมันที่เคย์คิดปกติสูงสุด (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 ตุ่มเนื้อ 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>
<p>3.7 โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น : Other disease or underlying disease or chronic disease which are not mentioned as above <input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย (โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง) : Yes, (please specify)</p> <p>: คำวินิจฉัยแพทย์/ สาเหตุ/อาการ/ การตรวจที่ได้รับ: Diagnosis/Cause of disease/Sign and symptoms/Medical examination received.....</p> <p>.....</p> <p>: การรักษา/ คำแนะนำที่ได้รับ: Treatment/Doctor's advice.....</p> <p>.....</p> <p>: เมื่อใด/ ช่วงเวลา ที่ได้รับการรักษา: Time/Duration of medical treatment.....</p> <p>.....</p> <p>: ผลการรักษา: Result of treatment <input type="radio"/> ปกติ Normal <input type="radio"/> ไม่ปกติ โปรดระบุ: Abnormal, please specify</p>
<p>4. ภายใต้อาการเจ็บป่วยใดๆ หรือ กำลังป่วย หรือ ยังมีอาการผิดปกติใดๆ ที่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือรับคำปรึกษาจากแพทย์ หรือ ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่ (หากเคย ทุพพลภาพหรือบาดเจ็บ คำวินิจฉัยของแพทย์ 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)</p> <p><input type="radio"/> ไม่เคย : No <input type="radio"/> เคย โปรดระบุ : Yes, please specify.....</p>

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Apply for Health Insurance for foreigner Visa

4. คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร : Question of require to exercise the right to apply for income tax exemption under the tax law
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ Does the insured person wish to exercise the right to apply for income tax exemption under the tax law? <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่..... 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..... <input type="checkbox"/> ไม่มีความประสงค์ Not wish
5. คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย : Affirmation of the Applicant
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรรมธรรมประกันภัยผ่านทางช่องทางใด Which channel is the applicant wishing to choose to receive the insurance policy? <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. เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรรมธรรมประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วย ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะ โรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายขกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ 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). ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรรมธรรมประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของ สัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของผู้ขอเอาประกันภัยจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงขอเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส 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. บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคารเอ เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพหลโยธิน 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 02 037 9888
เลขประจำตัวเสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บมจ. 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

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

Apply for Health Insurance for foreigner Visa

<p>ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัยได้</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p> <p>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>			
ชื่อผู้เอาประกันภัย Applicant Signed	ผู้ปกครองโดยชอบธรรม Righteous ruler Signed		
()	()		
วันที่ขอเอาประกันภัย Date of Application	วันที่ขอเอาประกันภัย Date of Application		
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง	<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัย	ใบอนุญาตเลขที่
Direct	Agent	Broker	License No.
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p> <p>Warning from the Office of Insurance Commission (OIC)</p> <p>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</p>			

