ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบพิเศษ

ใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทคนอยู่ชั่วคราว รหัส O-X

Falcon Insurance
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

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

วันที่ขอเริ่มต้นเอาประกันภัย (คศ.) : Insurance Start Date ……/……/…… (DD/MM/YYYY) **แผนประกันภัยที่เลือก Selected Plan :** ☐ …… **เบี้ยประกันภัย : Total premium** ……บาท : Baht	**เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย : Application Form No.** ……

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 last occupation ……

ตำแหน่ง : Position …… ลักษณะงานที่ทำ : Type of work……

ที่อยู่ปัจจุบัน : Current address ……

โทรศัพท์มือถือ : Mobile Phone No. …… โทรศัพท์บ้าน : Telephone No. …… อีเมล์ : Email ……

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ : Beneficiary's Details

ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 : Beneficiary Name 1

☐ 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. ……

อีเมล์ : Email ……

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. ……

อีเมล์ : E-mail ……

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

think independent

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? ○ ไม่มี : No ○ 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? ○ ไม่เคย : No ○ เคย โปรดระบุ **:** Yes please specify ……..……...……...……..… …….….		
3. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับเชื้อ มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการผ่าตัด รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น 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)	○ ไม่เคย : No ○ เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ……..
	• โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคชัก (Stroke, Brain disorder, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, Epilepsy)	○ ไม่เคย : No ○ เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ……..
	• โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง (Heart disease and coronary artery disease, Chronic obstructive pulmonary disease or COPD, Emphysema)	○ ไม่เคย : No ○ เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ……..
	• โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือม้ามโต โรคตับแข็ง โรคไวรัสตับอักเสบ B, C โรคพิษสุราเรื้อรัง (Chronic kidney disease or kidney failure, Hepatomegaly or splenomegaly, Cirrhosis, Viral hepatitis B, C, Alcoholism)	○ ไม่เคย : No ○ 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)	○ ไม่เคย : No ○ เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ……..
	• โรคเอสแอลอี (SLE) โรคเอ็มเอส (Multiple Sclerosis) โรคโครห์น (Crohn's disease)	○ ไม่เคย : No ○ เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ……..
	• อัมพฤกษ์ อัมพาต ทุพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด (Paresis, Paralysis, Disability, Handicap or Mental disorder)	○ ไม่เคย : No ○ เคย (โปรดระบุ) : Yes, (please specify) ……..

falconinsurance.co.th
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคารเอ เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 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

think independent

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

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

3.2 โรคความดันโลหิตสูง : Hypertension or High blood pressure

○ ไม่เคย : No ○ 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 : ○ ไม่เคย : No ○ เคย : Yes

○ **เคย** เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง :
I have been hospitalized from high blood pressure

○ **ไม่เคย** เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลเพราะโรคความดันโลหิตสูง :
I have never been hospitalized from high blood pressure

3.3 โรคเบาหวาน : Diabetes mellitus

○ ไม่เคย : No ○ เคย (โปรดระบุประเภท) : Yes, (please specify the type)

ค่าระดับน้ำตาล Blood sugar level : …….

ทานยาหรือพบแพทย์ต่อเนื่อง Continue to take medication or see a doctor : ○ ไม่เคย : No ○ เคย : Yes

○ ต้องฉีดอินซูลิน หรือเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพราะโรคเบาหวานหรืออาการที่เกี่ยวข้อง : Requires insulin injection or have been hospitalized from diabetes mellitus or other complication related from diabetes

○ ไม่ต้องฉีดอินซูลิน 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. % 150-200 mg. % ○ มากกว่า 200 มก. % : More than 200 mg. %

3.5 โรคทาลาสซีเมีย : 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 ……

falconinsurance.co.th
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคารเอ เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 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

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

4. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์เพื่อรับการรักษา โดยการผ่าตัด หรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอันเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บใดๆ หรือ กำลังป่วย หรือ ยังมีอาการผิดปกติใดๆ **ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา 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. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการป่วย 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……

6. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ๊กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตร้าซาวด์ 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 ○ เคยโปรดระบุ : Yes, please specify ……

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

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

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

   ○ ไม่มี : No ○ มี หากมีโปรดระบุ : Yes, please specify……

9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ : Do you smoke?

   ในอดีต : In the past ○ ไม่สูบ : Never

   ○ เคยสูบวันละ : 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)

falconinsurance.co.th
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคารเอ เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 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

think independent

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

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

10. บิดา มารดา คู่สมรส พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย หรือเสียชีวิตเนื่องจาก**วัณโรค 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**?

○ ไม่เคย / ไม่มี : Never/No

○ เคย / มี : Yes, โปรดระบุบุคคลที่เป็น : Please specify the individual ……..

สาเหตุการป่วยหรือเสียชีวิต Cause of illness or death ……..…....วันที่เข้ารับการรักษาหรือเสียชีวิต 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. 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?

☐ 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……..

☐ ไม่มีความประสงค์

Not wish

5. คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย : Affirmation of the Applicant

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

Which channel is the applicant wishing to choose to receive the insurance policy?

☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล์ (Email) ที่ระบุไว้ : Receive an e-policy via email as specified.

☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้ : Receive documents by sending them by post at the specified address.

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขนี้ทุกประการ (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).

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

Application form for Special Personal Health and Accident Insurance

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของ สัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของผู้ขอเอาประกันภัยจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใด 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.

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

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.

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

☐ **การประกันภัยโดยตรง**	☐ **ตัวแทนประกันวินาศภัย**	☐ **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

falconinsurance.co.th
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
33/4 อาคารเอ เดอะไนน์ทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนพระราม 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

think independent