

ปฏิทิน

แบบให้ประวัติสุขภาพเพื่อแผนประกัน "แคร์4U" (MEDICAL INSURANCE)

รายละเอียดผู้เอาประกัน

หมายเลขหนังสือเดินทาง

นามสกุล

ชื่อ

เพศ
หญิง / ชาย

ความสูง

น้ำหนัก

วัน เดือน ปีเกิด

	ข้อสอบถามทั่วไป	ไม่ ใช่	ใช่
1.	ในปัจจุบันท่านป่วย หรือเคยป่วยในเวลา 5 ปีที่ผ่านมาหรือทราบถึงปัญหาสุขภาพหรือจำเป็นต้องผ่าตัดใช่หรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด รวมถึงเมื่อไร		
2.	ในอดีตถึงปัจจุบันท่านเคยได้รับการรักษาโรคหรือไม่ กรุณาระบุยาที่ใช้รักษา		
3.	ท่านเคยเข้ารับรักษาโรคเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหรือสถานบันรักษาโรคอื่น ๆ หรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด รวมถึงเมื่อไร และสาเหตุที่เข้าเป็นผู้ป่วยใน เพื่อได้รับการรักษานั้น		
4.	ท่านดื่มสุราหรือไม่		
5.	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ กรุณาระบุจำนวนมวนที่สูบต่อวัน ท่านดื่มสุรารชนิดใดหรือไม่ กรุณาระบุประเภทสุราและปริมาณที่ดื่ม ในอดีตถึงปัจจุบันท่านเคยเสพติดยาหรือไม่		
6.	ใน 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยวิเคราะห์โรคหรือวินิจฉัยโรคหรือรับการตรวจร่างกายทาง ด้านการแพทย์หรือไม่ ถ้าเคยกรุณาระบุสาเหตุ วันที่และผลการตรวจสอบที่ไม่ปกติ		
7.	ท่านเคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยผ่าตัดหรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด รวมถึงการผ่าตัดหรือเหตุการณ์ในอุบัติเหตุ		
8.	ใน 2 ปีที่ผ่านมาท่านเคยจำเป็นต้องหยุดทำงานเกินกว่า 3 วันหรือไม่		
9.	ท่านเคยถูกระบุเป็นผู้พิการหรือไม่		
10.	ท่านจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ในการดำรงชีพหรือไม่		

	ชื่อ เพศ หญิง / ชาย	ไม่ ใช่
	ท่านหรือญาติใกล้ชิดเคยเป็นโรคร้ายแรงดังต่อไปนี้หรือไม่	
1.	โรคระบบประสาทหรือสมอง หรือเป็นอัมพฤกษ์ โรคเกาต์ · มัลทีพิลเซคูลโรสิส เป็นลม โรคอัลไซเมอร์ ฯลฯ กรุณาระบุรายละเอียด	
2.	โรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด วัณโรค · หรือโรคปอดบวม กรุณาระบุรายละเอียด	
3.	โรคหัวใจ หรือโรคทางเลือดไม่ว่าประเภทใด · รวมถึงความดันโลหิตสูงกรุณาระบุ รายละเอียด	
4.	โรคทางระบบย่อยอาหาร รวมถึงโรคตับหรือโรคดีซ่าน · กรุณาระบุรายละเอียด	
5.	โรคไตหรือระบบปัสสาวะ · กรุณาระบุรายละเอียด	
6.	โรคทางกระดูกหรือข้อกระดูก รวมถึง ร้าว หรือหัก · และปวดหลัง หรือปวดคอ กรุณาระบุรายละเอียด	
7.	โรคทางระบบขับถ่าย หรือระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเบาหวาน · โรคไทรอยด์ ไขมันสูงในเลือด โรคทางเลือด โลหิตจาง · กรุณาระบุรายละเอียด	
8.	โรคเมเร็งหรือโรคเรื้อรัง กรุณาระบุรายละเอียด	
9.	โรคทางผิวหนังหรือกามโรค ซิฟิลิสหรือโรคเอดส์ หรือแผลเรื้อรัง · กรุณาระบุรายละเอียด	
10.	โรคทางตา หู คอ รวมถึงหูหนวก กรุณาระบุรายละเอียด	
11.	เฉพาะสตรี - · ท่านตั้งครรภ์หรือไม่ · ปัญหาประจำเดือนมีเนื้องอกเต้านมหรือในมดลูก รังไข่ · หรือเคยให้แพทย์ตรวจหามะเร็งหรือไม่ · บุตร ธิดา จำนวนกี่คน รวมถึงจากการสมรสเดิม · จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์ · กรุณาระบุว่าเคยมีปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่ · เคยตรวจภายในครั้งสุดท้ายเมื่อไร	

รายละเอียดผลการตรวจที่ดีในแบบสอบถามสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ข้าพเจ้าให้ในแบบสอบถามสุขภาพถูกต้องและครบถ้วน และนอกจากนั้น ถ้าหากรายละเอียดใด ๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไม่ถูกต้องหรือครบในรายละเอียด บริษัท อายลอน จะไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ภายใต้กฎหมายประกันของรัฐ

ใบยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ

ข้าพเจ้า ซึ่งลงชื่อต่อไปนี้ให้สิทธิ์กับองค์กร Sick Funds และ / หรือสถาบันรักษาโรค และ / หรือแพทย์โรงพยาบาล บริษัทประกันหรือสถาบันอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้สมัคร” เป็นรายละเอียดครบถ้วนบนแบบฟอร์ม ที่จำเป็นต้องใช้ในการสมัครเอาประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน และให้สิทธิ์ในการระบุรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับสภาพร่างกาย และ / หรือเหตุการณ์ที่เคยป่วยในอดีตถึงปัจจุบัน หรืออาจประสบในอนาคต และด้วยเอกสารฉบับนี้ได้ยกเลิกสิทธิ์ที่จะต้องเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ เพื่อผู้สมัคร เจื่อนไขข้อนี้เป็ผลบังคับต่อข้าพเจ้า ทรัพย์สินของข้าพเจ้า หนายความผู้รับมอบฉันทะของข้าพเจ้า

และผู้ดูแลผลประโยชน์ของข้าพเจ้าทุกท่าน

ชื่อผู้เอาประกัน(ตัวบรรจง) _____ หมายเลขหนังสือเดินทาง _____

ลงชื่อผู้เอาประกัน(ลายเซ็น) _____ วันที่ _____

พยาน (ตัวบรรจง) _____ หมายเลขประชาชน _____

ลงชื่อพยาน(ลายเซ็น) _____ วันที่ _____

ข้อตกลงในเรื่องข้อตกลงกำหนดเงื่อนไขของกรมสงฆ์

ข้าพเจ้าตกลงว่าคำร้องขอสำหรับการประกันภัยจะออกมาดังนี้:

ร่วมกับการชำระเงินในส่วนเพิ่มเติมทางการแพทย์ในเงื่อนไขว่าการชำระเงินนี้จะไม่เกิน 75%

ร่วมกับข้อกำหนดคุ้มครองของความรับผิดชอบของบริษัท

ตามความรับผิดชอบที่จะต้องรับผิดชอบต่อความทุพพลภาพและ/หรือข้อกำหนดทางด้านสุขภาพที่ดำรงอยู่ของผู้มีคุณสมบัติพร้อมสำหรับการประกันภัย, ผลและผลที่เกิดขึ้นภายหลังของความทุพพลภาพและ/หรือข้อกำหนดทางด้านสุขภาพที่ดำรงอยู่

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย _____

คำปฏิญาณผู้เอาประกัน

1. ข้าพเจ้ารับรองและยินยอมว่า

- (1) ข้อมูลที่ให้ไว้ถูกต้องครบถ้วนและให้ไว้ด้วยความสมัครใจ
- (2) ข้อมูลรายละเอียดที่ให้ไว้ข้างต้นและข้อมูลอื่น ๆ ที่ให้กับผู้ให้ประกันนั้น สามารถใช้ร่วมกับเงื่อนไขอื่นของผู้ให้ประกัน เพื่อประโยชน์การเอาประกันนั้น และจะเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาเอาประกันระหว่างข้าพเจ้าและผู้ให้ประกัน
- (3) ผู้ให้ประกันจะมีสิทธิ์ตัดสินใจรับหรือปฏิเสธใบสมัครของข้าพเจ้าโดยที่ไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผล

ข้าพเจ้าทราบว่สัญญาเอาประกันจะมีผลบังคับเฉพาะหลังจากผู้ให้ประกันออกกรมธรรม์หรือหนังสือแสดงความยินยอมให้ประกันและข้าพเจ้าได้จ่ายงวดแรกของเบี้ยประกันให้แก่ผู้ให้ประกันนั้น

2. ข้าพเจ้าทราบว่า

ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่จะให้ไว้

ผู้ให้ประกันจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อบพร่องในสุขภาพไม่ว่าที่มีตั้งแต่เกิดหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่มีมาก่อนการเอาประกันไม่ว่าปัญหาสุขภาพนั้นอยู่ในระหว่างการรักษาหรือไม่ หรือไม่ว่าเป็นผลโดยตรงหรือทางอ้อมจากสภาพร่างกายก่อนหน้า ซึ่งเป็นหนักขึ้นหลังจากกรมธรรม์ประกันนั้นเริ่มมีผลบังคับจึงอาจมีสิทธิ์เรียกร้องภายใต้พระราชบัญญัติเกี่ยวกับพนักงานต่างชาติ

3. ข้าพเจ้าได้ยืนยันว่าไม่เคยมีบริษัทประกันปฏิเสธให้ความคุ้มครองสุขภาพก่อนหน้านี้

คำปฏิญาณของผู้ถือกรมธรรม์

เท่าที่ข้าพเจ้าได้ทราบ คำปฏิญาณของผู้เอาประกัน มีรายละเอียดถูกต้องและข้าพเจ้าไม่ทราบถึงว่าผู้สมัครนั้นจะมีปัญหาสุขภาพใด ๆ ก่อนหน้าหรือมีปรากฏการณ์ซึ่งแสดงถึงอาจมีสุขภาพ หรือไม่ว่าผลการตรวจทางตรงหรือทางอ้อมแสดงถึงว่าปัญหาสุขภาพนั้นเกิดขึ้นก่อนวันเริ่มมีผลบังคับเอาประกันตามกรมธรรม์ และคำยืนยันนี้รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้เคยรับทราบเกี่ยวกับผู้เอาประกัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถ้าได้แจ้งผู้ให้ประกันผู้ให้ประกันนั้นจะปฏิเสธรับประกันผู้สมัคร

- คำปฏิญาณนี้ข้าพเจ้าได้เซ็นไว้หลังจากเนื้อหาที่มีในนี้ ได้มีผู้อื่นซึ่งเป็นสามแปลให้ข้าพเจ้าทราบรายละเอียดทั้งหมดก่อนที่ลงชื่อลงชื่อผู้ว่าจ้าง

ชื่อนายจ้าง _____ ประทับตราและลงลายเซ็นนายจ้าง _____ วันที่ลงชื่อ _____

ลงลายเซ็นชื่อผู้เอาประกัน

ชื่อผู้เอาประกัน _____ ลายเซ็นผู้เอาประกัน _____ วันที่ลงชื่อ _____