

תאילנדית 1

หมายเลขกรมธรรม์

แบบให้ประวัติสุขภาพเพื่อแผนประกัน “แคร์4U” (CARE4U)

รายละเอียดผู้เอาประกัน

หมายเลขหนังสือเดินทาง

นามสกุล

ថ្ងៃ ៦

I W F

หญิง / ชาย

ความสูง

นำหนัก

วัน เดือน ปีเกิด

	ข้อสอบถามทั่วไป	ไม่ ใช่	ใช่
1.	ในปัจจุบันท่านป่วย หรือเคยป่วยในเวลา 5 ปีที่ผ่านมาหรือทราบถึงปัญหาสุขภาพหรือจำเป็นต้องผ่าตัดไขหรือไม กรุณาระบุรายละเอียดรวมถึงเมื่อไร		
2.	ในอดีตถึงปัจจุบันท่านเคยได้รับการรักษาโรคหรือไม่ กรุณาระบุยาที่ใช้รักษา		
3.	ท่านเคยเข้ารักษาโรคเป็นผู้ป่วยใน ใน โรงพยาบาลหรือสถานบันรักษาโรคอื่น ๆ หรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด รวมถึงเมื่อไร และสาเหตุที่เข้าเป็นผู้ป่วยใน เพื่อได้รับการรักษานั้น		
4.	ท่านดื่มสุราหรือไม่		
5.	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ กรุณาระบุจำนวนเวลาที่สูบบุหรี่ ท่านดื่มสุราชนิดใดหรือไม่ กรุณาระบุประเภทสุราและปริมาณที่ดื่ม ในอดีตถึงปัจจุบันท่านเคยเสพติดยาหรือไม่		
6.	ใน 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยวิเคราะห์โรคหรือวินิจฉัยโรคหรือรับการตรวจร่างกายทาง ด้านการแพทย์หรือไม่ ถ้าเคยกรุณาระบุสาเหตุ วันที่และผลการตรวจสอบที่ไม่ปกติ		
7.	ท่านเคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยผ่าตัดหรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียดรวมถึงการผ่าตัดหรือเหตุการณ์ในอุบัติเหตุ		
8.	ใน 2 ปีที่ผ่านมาท่านเคยจำเป็นต้องหยุดทำงานเกินกว่า 3 วันหรือไม่		
9.	ท่านเคยถูกระเบเป็นผู้พิการหรือไม่		
10.	ท่านจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ในการดำรงชีพหรือไม่		

		ไม่ ใช่	ใช่
	ทานหรือญาติใกล้ชิดเคยเป็นโรคร้ายแรงดังต่อไปนี้หรือไม่		
1	โรคระบบประสาทหรือสมอง หรือเป็นอัมพฤกษ์ โรคเกาท์ มัล ทิพัสเซลล์โรลิส เป็นลม โรคอัลไซเมอร์ ฯลฯ ภาวะระบุ รายละเอียด		
2	โรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด วัณโรค หรือโรค ปอดบวม ภาวะระบุรายละเอียด		
3	โรคหัวใจ หรือโรคทางเลือดไม่ว่าประเภทใด รวมถึงความดัน โลหิตสูงภาวะระบุ รายละเอียด		
4	โรคทางระบบย่อยอาหาร รวมถึงโรคตับหรือโรคไต ภาวะระบุรายละเอียด		
5	โรคไตหรือระบบปัสสาวะ ภาวะระบุรายละเอียด		
6	โรคทางกระดูกหรือข้อกระดูก รวมถึง ร้าว หรือหัก และปวด หลัง หรือปวดคอ ภาวะระบุรายละเอียด		
7	โรคทางระบบขับถ่าย หรือระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ไขมันสูงในเลือด โรคทางเลือด โลหิตจาง ภาวะระบุ รายละเอียด		
8	โรคเมะเร็งหรือโรคเรื้อรัง ภาวะระบุรายละเอียด		
9	โรคทางผิวหนังหรือกามโรค ซิฟิลิสหรือโรคเอดส์ หรือแผลเรื้อรัง ภาวะระบุรายละเอียด		
10	โรคทางตา หู คอ รวมถึงหูหนวก ภาวะระบุรายละเอียด		
11	เฉพาะสตรี - ท่านตั้งครรภ์หรือไม่ ปัญหาประจำเดือนมีเนื่องจากเต้านมหรือในมดลูก รังไข่ หรือเคย ให้แพทย์ตรวจหามะเร็งหรือไม่ บุตร อิดา จำนวนกี่คน รวมถึงจากการสมรสเดิม จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์ ภาวะระบุว่าเคยมีปัญหาในระหว่าง ตั้งครรภ์หรือไม่ เคยตรวจภายในครั้งสุดท้ายเมื่อไร		

2. 2. 2. 2.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ข้าพเจ้าให้ในแบบสอบถามสุขภาพถูกต้องและครบถ้วน และนอกจากนั้น ถ้าหากรายละเอียดใด ๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไม่ถูกต้องหรือครบในรายละเอียด บริษัท อายลอน จะไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ภายใต้กฎหมายประกันของรัฐ

ใบยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ

ข้าพเจ้า ซึ่งลงชื่อต่อไปนี้จะให้สิทธิกับองค์กร Sick Funds และ / หรือสถาบันรักษาโรค และ / หรือแพทย์โรงพยาบาล บริษัทประกันหรือสถาบันอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “ผู้สมัคร” เป็นรายละเอียดครบถ้วนบนแบบฟอร์ม ที่จำเป็นต้องใช้ในการสมัครเอาประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน และให้สิทธิในการรวบรวมรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับสภาพร่างกาย และ / หรือทุกกรณีที่เคยป่วยในอดีตถึงปัจจุบัน หรืออาจประสบในอนาคต และด้วยเอกสารฉบับนี้ได้ยกเลิกสิทธิที่จะต้องเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ เพื่อ ผู้สมัคร เจอนไซข้อนี้เป็นผลบังคับต่อข้าพเจ้า ทรัพย์สินของข้าพเจ้า ทุนความคุ้มครองเงินของข้าพเจ้า และผู้ดูแลผลประโยชน์ของข้าพเจ้าทุกท่าน

ชื่อผู้เอาประกัน(ตัวบรรจง) _____ หมายเลขหนังสือเดินทาง _____

ลงชื่อผู้เอาประกัน(ลายเซ็น) _____ วันที่ _____

พยาน (ตัวบรรจง) _____ หมายเลขประชาชน _____

ลงชื่อพยาน(ลายเซ็น) _____ วันที่ _____

ข้อควรระวังในการใช้ข้อมูลสุขภาพ

ข้าพเจ้าตกลงว่าคำรับรองสำหรับการประกันภัยจะออกมาดังนี้

☐ ร่วมกับบริษัทประกันในส่วนเพิ่มเติมทางการเงินในเงื่อนไขว่าค่าประกันจะไม่เกิน 75%

☐ ร่วมกับข้อจำกัดความคุ้มครองของความรับผิดชอบของบริษัท

ตามความรับผิดชอบที่จะต้องรับผิดชอบต่อความทุกข์ทรมานและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ดำรงอยู่ของผู้มีคุณสมบัติพร้อมสำหรับการประกันภัย,

ผลและผลที่เกิดขึ้นภายหลังของความทุกข์ทรมานและ/หรือข้อจำกัดทางด้านการสุขภาพที่ดำรงอยู่

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย _____

คำปฏิญาณของผู้เอาประกัน

1. ข้าพเจ้ารับรองและยินยอมว่า

- (1) ข้อมูลที่ให้ไว้ถูกต้องครบถ้วนและให้ไว้ด้วยความสมัครใจ
- (2) ข้อมูลรายละเอียดที่ให้ไว้ข้างต้นและข้อมูลอื่น ๆ ที่ให้กับผู้ให้ประกันนั้นสามารถเข้าร่วมกับเงื่อนไขอื่นของผู้ให้ประกัน เพื่อประโยชน์การเอาประกันนั้น และจะเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาเอาประกันระหว่างข้าพเจ้าและผู้ให้ประกัน
- (3) ผู้ให้ประกันจะมีสิทธิ์ตัดสินใจรับหรือปฏิเสธใบสมัครของข้าพเจ้าโดยที่ไม่

จำเป็นต้องระบุเหตุผล ข้าพเจ้าทราบว่าสัญญาเอาประกันจะมีผลบังคับเฉพาะหลังจาก

ผู้ให้ประกันออกกรมธรรม์หรือหนังสือแสดงความยินยอมให้ประกันและข้าพเจ้าได้

จ่ายงวดแรกของเบี้ยประกันให้แก่ผู้ให้ประกันนั้น

2. ข้าพเจ้าทราบว่า ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่จะให้ไว้ฉัน ผู้ให้ประกันจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อการก่อในสุขภาพไม่ว่ามีตั้งแต่เกิดหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่มีมาก่อนการเอาประกัน ไม่ว่าปัญหาสุขภาพนั้นอยู่ในระหว่างการรักษาหรือไม่ หรือไม่ว่าเป็นผลโดยตรงหรือทางอ้อมจากสภาพร่างกายก่อนหน้า ซึ่งเป็นหนักขึ้นหลังจากการกรมธรรม์ประกันนั้นเริ่มมีผลบังคับ จึงอาจมีสิทธิ์เรียกร้องภายใต้พระราชบัญญัติเกี่ยวกับพนักงานต่างชาติ

3. ข้าพเจ้าได้ยืนยันว่าไม่เคยมีบริษัทประกันปฏิเสธให้ความคุ้มครองสุขภาพก่อนหน้านี้

คำปฏิญาณของผู้ถือกรมธรรม์

เท่าที่ข้าพเจ้าได้ทราบ คำปฏิญาณของผู้เอาประกัน มีรายละเอียดถูกต้องและข้าพเจ้าไม่ทราบถึงว่าผู้สมัครนั้นจะมีปัญหาสุขภาพใด ๆ ก่อนหน้าหรือมีปรากฏการณ์ซึ่งแสดงถึงอาจมีสุขภาพไม่ว่าได้รับการรักษาหรือไม่ หรือไม่ว่าผลการตรวจทางตรงหรือทางอ้อมแสดงถึงว่าปัญหาสุขภาพนั้นเกิดขึ้นก่อนวันเริ่มมีผลบังคับเอาประกันตามกรมธรรม์ และคำยืนยันนี้รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้เคยรับทราบเกี่ยวกับผู้เอาประกัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถ้าได้แจ้งผู้ให้ประกัน ผู้ให้ประกันนั้นจะปฏิเสธรับประกันผู้สมัคร

♥ คำปฏิญาณนี้ข้าพเจ้าได้เซ็นไว้หลังจากเนื้อหาที่มีในนี้ ได้มีผู้อื่นซึ่งเป็นสามแม่ให้ข้าพเจ้าทราบรายละเอียดทั้งหมดก่อนที่จะลงชื่อผู้ว่าจ้าง

ชื่อนายจ้าง _____ ประทับตราและลงลายเซ็นนายจ้าง _____ วันที่ลงชื่อ _____

ลงลายเซ็นชื่อผู้เอาประกัน

ชื่อผู้เอาประกัน _____ ลายเซ็นผู้เอาประกัน _____ วันที่ลงชื่อ _____