

## ใบคำขอเอาประกันภัย

### กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบกลุ่มทั่วไปและองค์กร

#### ข้อแนะนำในการกรอกใบคำขอเอาประกันสุขภาพ

- กรุณากรอกข้อความให้ข้อมูลต่างๆ และประวัติทางการแพทย์ด้วยตัวท่านเอง (ขอความกรุณาให้ข้อมูลให้มากที่สุด เพื่อความสะดวกของท่านในการพิจารณารับประกันสุขภาพ และการพิจารณาสินไหมต่อไป)
- บุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ปกครองสามารถแถลงข้อสุขภาพแทนได้ โดยต้องลงลายมือชื่อเพื่อรับรองข้อถ้อยแถลงเป็นจริง
- หากท่านมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการกรอกใบคำขอเอาประกันสุขภาพนี้ สามารถติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2232-8666 หรืออีเมลถึง csc@bupa.co.th

เมื่อท่านกรอกแบบฟอร์มครบถ้วนแล้ว กรุณาส่งกลับมายัง บริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 98 อาคารสาทร สแควร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14-15 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ 0-2677-0000 โทรสาร 0-2230-6500

บริษัท (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย) ..... ประเภทธุรกิจ .....

ตำแหน่ง ..... แผนก ..... วันที่เริ่มเข้าทำงานบริษัทนี้ .....

คำนำหน้านาม (ตัวอย่าง : นาย นางสาว นาง ด.ช. ด.ญ. ม.ร.ว. พ.อ. ฯลฯ) ..... เพศ  ชาย  หญิง

ชื่อ (ผู้ขอรับความคุ้มครอง) ..... นามสกุล ..... ภาษาสำหรับการติดต่อ  ไทย  อังกฤษ

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ..... (บ้าน) ..... (มือถือ) .....

อีเมล ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... วัน เดือน ปี เกิด ..... อายุ ..... ปี

ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) ..... ประเทศถิ่นกำเนิด ..... ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน .....

ความสัมพันธ์กับพนักงาน (กรณีเป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วม ซึ่งมีได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย โปรดกรอรายละเอียด

และระบุชื่อพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่ ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)  คู่สมรส  บุตร

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ (เฉพาะผู้ที่เลือกแผนผลประโยชน์ที่มีประกันภัยอุบัติเหตุเท่านั้น)

ชื่อ-นามสกุล ..... ที่อยู่ ..... ความสัมพันธ์ .....

ชื่อ-นามสกุล ..... ที่อยู่ ..... ความสัมพันธ์ .....

1. ท่านมีหรือเคยมีประกันสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันอุบัติเหตุ กับบริษัทบupa หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี (หากมี กรุณาระบุรายละเอียด) .....

2. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครอง จากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด) .....

3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุมาก่อนหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุตลอดจนคำวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล ช่วงเวลาและโรงพยาบาลที่ทำการรักษา อาการความคิดปกติที่ยังคงอยู่ รวมถึงการวางแผนในการรักษาต่อไป) .....

4. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุตลอดจนคำวินิจฉัยโรค แผนการรักษาพยาบาล ช่วงเวลาและโรงพยาบาลที่ทำการรักษา) .....

5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการปรึกษาแพทย์ หรือได้รับการสั่งยาจากแพทย์หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุตลอดจนคำวินิจฉัยโรค แผนการรักษาพยาบาล ช่วงเวลาและโรงพยาบาลที่ทำการรักษา) .....

6. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจและสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ) .....

7. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ( อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ อื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด) .....

8. กรุณาแสดงภาวะความผิดปกติหรือความเจ็บปวดที่ได้รับการรักษาในโรคต่างๆ หรืออาการต่างๆ รวมถึงภาวะผิดปกติที่ยังมิได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามตารางด้านล่างนี้ ข้อมูลต่างๆนี้จะเป็นส่วนประกอบสำคัญต่อการพิจารณาสินไหมทดแทน โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” หรือ “ไม่มี” ในตารางต่อไปนี้ ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี” กรุณาแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่านในตอนท้ายของตารางคำถาม

ระบบ / โรค	มี	ไม่มี	รายละเอียดเพิ่มเติม
1. ปวดศีรษะเรื้อรัง			
2. อาการปวดศีรษะไมเกรน			
3. อาการชา ตามแขนขา ตามตัว อาการแขนขาอ่อนแรง			
4. ความผิดปกติของตา			
5. ความผิดปกติของหู			
6. ความผิดปกติของจมูก			
7. โรคภูมิแพ้ (ยกเว้นการแพ้ยา แพ้อาหาร)			
8. โรคหอบหืด			
9. ความผิดปกติทางระบบหายใจ			
10. โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ			
11. ความดันโลหิตสูง			
12. ภาวะเบาหวาน			
13. ภาวะไขมันในเลือดสูง			
14. ระบบเลือด (ภาวะซีด ระบบเม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด)			
15. โรคต่อมธัยรอยด์			
16. ความผิดปกติของฮอร์โมนเพศ			
17. ความผิดปกติของเต้านม (ทั้งเพศหญิงและเพศชาย)			
18. ภาวะความผิดปกติของมดลูก รังไข่ หรือท่อนำไข่ (เฉพาะเพศหญิง)			
19. ความผิดปกติเกี่ยวกับกระดูก (ประจำเดือน) (เฉพาะเพศหญิง)			
20. โรคแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ			
21. อาการปวดท้องเรื้อรัง			
22. ความผิดปกติในการย่อยอาหาร อาการแน่นท้อง			
23. โรคถุงน้ำดี เช่น นิ่วในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอักเสบ			
24. อาการตัวเหลือง ตาเหลือง ตับแข็ง			
25. ความผิดปกติในการถ่ายอุจจาระ เช่น อุจจาระเป็นเลือด ท้องผูกสลับท้องเสีย			
26. ริดสีดวงทวาร			
27. โรคไตหรือทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด นิ่ว ปัสสาวะลำบาก			
28. ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก (เฉพาะเพศชาย)			
29. ความผิดปกติของระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อ			
30. อาการปวดหลังเรื้อรัง หรือเป็นๆ หายๆ อยู่เป็นประจำ			
31. ก้อนเนื้อออก ชนิดไม่ร้ายแรง			
32. เนื้องอกมะเร็ง			
33. ผิวหนัง			
34. ความผิดปกติทางด้านร่างกาย หรือความพิการ			
35. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรืออยู่ระหว่างการรักษาการบาดเจ็บ			
36. ขณะนี้ท่านมีการรับประทานยาเป็นประจำ			

หมายเหตุ .....  
 โปรดแจ้งชื่อแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก พร้อมทั้งชื่อผู้ประกอบการ/ผู้ได้รับความคุ้มครอง ให้บริการเป็นประจำ (ในกรณีที่ท่านเป็นบุคคลต่างชาติ (มิใช่คนไทย) กรุณาให้ชื่อแพทย์และสถานพยาบาลที่รับการรักษาพยาบาลล่าสุดในประเทศของท่าน)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากอ้อยตกลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด และข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม (ผู้ขอเอาประกันภัย) ..... วัน/เดือน/ปี ..... (วันที่กรอกใบสมัคร)  
 (และลงนามแทนบุตรของผู้เอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัทจริง (ประทับตรา ชื่อบริษัทนายจ้าง)  
 นายจ้าง .....  
 โดย ..... (ลายเซ็นชื่อ)  
 ตำแหน่ง .....

สำหรับเจ้าหน้าที่ Bupa: