MSIG

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด
1908 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. (66 2) 3188318 โทรสาร (66 2) 7181502

MSIG Insurance (Thailand) Co.,Ltd.
1908 New Petchburi Road, Huay Kwang, Bangkok 10310
Tel. (66 2) 3188318. Fax. (66 2) 7181502

กรุณากรอกข้อความในแบบฟอร์มและตอบคำถามให้ครบถ้วน ชัดเจน ก่อนส่งกลับให้บริษัท
Please complete this proposal form in full before returning it to the Company.

ใบคำขอเอาประกันสุขภาพ/ค่ารักษาพยาบาล
Healthcare/Medical Insurance Proposal Form

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ถือกรมธรรม์ General Information of the Policyholder

ชื่อ-สกุลของผู้ถือกรมธรรม์ Policyholder's Name _____

ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address _____

โทรศัพท์ Telephone No. _____ โทรสาร Fax. No. _____

ชื่อแพทย์ประจำตัว Family Doctor's Name _____

ที่อยู่ของแพทย์ประจำตัว Family Doctor's Address _____

อาชีพ Occupation _____

นายจ้าง (ถ้ามี) Employer's Name _____

ที่อยู่นายจ้าง Employer's Address _____

ประเภทธุรกิจ Employer's Business _____

สถานภาพสมรส Marital Status ☐ โสด Single ☐ แต่งงาน Married ☐ หม้าย Widow ☐ หย่า Divorced

จำนวนบุตร-ธิดา Number of Children _____ คน person(s)

2. แบบประกันภัยที่เลือก (แบบประกันภัยที่ท่านเลือกสำหรับตัวท่านเอง และสมาชิกในครัวของท่านจะต้องเป็นแบบเดียวกัน) Insurance Plan to be Selected (Your selected plan should be the same for all the applicants.)

แบบประกันภัยที่เลือกได้แก่ The selected plan is _____

ผลประโยชน์เพิ่มเติมที่เลือก Optional benefits selected ☐ คนไข้นอก OPD ☐ การคลอดบุตร Maternity ☐ ทันตกรรม Dental ☐ อื่น ๆ ระบุ Others, please specify

3. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยแต่ละท่าน Details of Persons to be Insured

ชื่อ-สกุลของผู้ขอเอาประกันภัย Name of persons to be insured	วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth Day/Month/Year	เพศ Sex (M/F)	น้ำหนัก Weight (Kgs.)	ส่วนสูง Height (cm.)	ประเทศที่พำนักอาศัย Usual Country of Residence	ความสัมพันธ์กับผู้ถือกรมธรรม์ Relationship to Policyholder	เบี้ยประกันภัย Premium
						เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium	

4. ถ้อยแถลงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย Health and Other Declarations of the Persons to be Insured

1. ท่านและผู้ขอเอาประกันภัยคนอื่น ๆ มีประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันสุขภาพอยู่กับบริษัทหรือบริษัทอื่นอีกหรือไม่
   Do you or any other person to be insured under the policy currently have any Personal Accident or Health Insurance Policy with the Company or any other insurer?
   ☐ ไม่มี No ☐ มี Yes ถ้ามี โปรดระบุชื่อ If Yes, please give details _____
2. ท่านและผู้ขอเอาประกันภัยคนอื่น ๆ เคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ ประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพหรือไม่
   Have you or any other person to be insured had a proposal for Personal Accident, Life, or Health Insurance declined by an insurer?
   ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes ถ้าเคย โปรดระบุชื่อ If Yes, please give details _____
3. ท่านและผู้ขอเอาประกันภัยคนอื่น ๆ มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีหรือไม่
   Are you and all other persons to be insured in good health?
   ☐ ไม่สมบูรณ์ No ☐ สมบูรณ์ดี Yes ถ้าไม่สมบูรณ์ โปรดระบุชื่อ If No, please give details _____
4. ท่านหรือผู้ขอเอาประกันภัยคนอื่น ๆ เคยปรึกษาแพทย์ในระยะ 12 เดือน หรือเคยได้รับคำแนะนำให้ไปโรงพยาบาลหรือพบผู้เชี่ยวชาญในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่
   Have you or any other person to be insured consulted a medical practitioner within the last 12 months or been referred to a hospital or specialist with the last 5 years?
   ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes ถ้าเคย โปรดระบุชื่อ If Yes, please give details _____
5. ท่านหรือผู้ขอเอาประกันภัยคนอื่น ๆ เคยต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นใด ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่
   Have you or any other persons to be insured been admitted to a hospital or other medical facility within the last 5 years?
   ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes ถ้าเคย โปรดระบุชื่อ If Yes, please give details _____
6. ท่านหรือผู้ขอเอาประกันภัยคนอื่น ๆ เคยหรือต้องเข้าร่วมในกีฬาอันตรายใด ๆ หรือไม่
   Do you or any other person to be insured engage in any hazardous sports?
   ☐ ไม่เคย No ☐ เคย Yes ถ้าเคย โปรดระบุชื่อ If Yes, please give details _____

7. กรุณาใส่เครื่องหมาย 3 ในช่อง เคย หรือไม่เคย หากท่านหรือผู้ขอเอาประกันภัยคนอื่น ๆ เคยหรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น หรือได้รับการรักษาพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบันจากอาการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่?
   Please indicate (tick 3) whether you or any other person to be insured have been diagnosed or treated for the following conditions, please provide details:

โรค, สภาวะการเจ็บป่วย และการรักษาโรค Disease/ Illness/ Treatment	ไม่เคย No	เคย Yes	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย Name of Person to be insured	วันที่เริ่ม เจ็บป่วย Date of Onset	วันที่หายจากโรค Date of Recovery	สถานพยาบาลที่รักษา Treating Hospital
ความดันโลหิตต่ำหรือสูง High or low blood pressure						
ความผิดปกติของเลือดหรือเส้นเลือด Disorders of blood or blood vessels						
โรคเบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง Diabetes or hypercholesterol						
โรคผิดปกติของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ Heart or valvular heart disease						
โรคมะเร็ง Cancer						
ก้อนเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง Non malignant lumps or tumors						
โรคจิตหรือโรคประสาท Psychiatric illness or nervous disorders						
โรคกระเพาะหรือการปวดท้องเรื้อรัง Stomach disorders or abdominal discomfort						
อาการท้องผูกหรือท้องร่วงเรื้อรัง Chronic constipation or diarrhea						
โรคลำไส้ใหญ่หรือลำไส้เล็ก Intestinal or bowel disorders						
โรคตับและถุงน้ำดี อาการตาเหลือง ตัวเหลือง Liver or bile diseases						
โรคไตหรือทางเดินปัสสาวะ Kidney or bladder diseases						
โรคต่อมลูกหมาก หรือมีปัญหาขับถ่ายปัสสาวะ Prostate diseases or urination problems						
โรคของอวัยวะสืบพันธุ์ หรือติดต่อทางเพศ Sexually transmitted diseases						
ความผิดปกติของปอด ระบบทางเดินหายใจ Lung or respiratory disorders						
โรคภูมิแพ้ หอบหืด Allergies, asthma						
โรคไทรอยด์ Thyroid disorders						
ความผิดปกติของตา Eye disorders						
ความผิดปกติของ หู คอ จมูก Ear, throat and nose disorders						
ความผิดปกติของกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อ เก๊าต์ Disorders of bone, muscles, joints, or gout						
ความผิดปกติของผิวหนัง ผม เล็บ Skin, hair, or nail disorders						
โรคของเต้านม Breast disorders						
ภาวะปวดท้องน้อย Pelvic pains						
โรคเกี่ยวกับมดลูก รังไข่ หรือท่อรังไข่ Diseases of the uterus, ovaries, or tubes						
ความผิดปกติของระดู Menstruation disorders						
ความพิการของร่างกาย Bodily deformities						
น้ำหนักเพิ่ม/ลด 4 – 5 กก. เมื่อเร็วๆ นี้ Loss or increase of body weight over 4 – 5 kgs.						

5. คำรับรองถ้อยแถลง
Warranty to the above Declarations

ข้าพเจ้าและผู้ขอเอาประกันภัยในครั้งนี้ทุกคนขอรับรองถ้อยแถลงต่างๆ ข้างต้นเป็นความจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อว่าเป็นเช่นนั้น และมิได้ละเลยข้อมูลรายละเอียดและข้อความจริงใดๆ และยอมรับว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างผู้เอาประกันภัยกับบริษัท และเข้าใจดีว่ากรมธรรม์จะมีผลบังคับก็ต่อเมื่อใบคำขอเอาประกันภัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทแล้วเท่านั้น ข้าพเจ้าและผู้ขอเอาประกันภัยทุกคนยินยอมให้บริษัทเรียนสอบข้อมูลหรือบันทึกการรักษาจากแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือโรงพยาบาลเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาการขอเอาประกันภัยหรือการเรียกร้องค่าสินไหมฯ ใดๆ

I/We hereby declare that the information given on this Proposal Form is true and complete to the best of my/our knowledge and belief, and that I/we have not omitted any relevant information or material fact. I/We understand that the above given information shall form the basis of the contract between the Insured Persons and the Company. I/We also understand that this Proposal Form will be subject to underwriting approval and acceptance by the Company before cover can be granted. I/We authorise any hospital or doctor who has attended me/us to release any information related to medical treatment to the Company in supporting Underwriting or Claims consideration.

ลงชื่อ
Signed _____ ผู้ถือกรมธรรม์ แทนผู้ขอเอาประกันภัยทั้งหมด Policyholder (on behalf of all applicants).

วันที่
Date _____

ตัวแทน/นายหน้า
Agent/Broker Kanokwan Dabbs รหัส 14M1638

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER FROM THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE:

Give answers to all questions above truthfully otherwise the Company may have cause to deny liability under the Policy in accordance with Section 865 of the Civil & Commercial Code.