

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยโรคร้ายแรงและอุบัติเหตุ	
1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ-นามสกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง(ซม.) น้ำหนัก(กก.) เชื้อชาติ / สัญชาติ / ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง รายได้ (บาท / ปี) ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป	
2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์ ชื่อ-นามสกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :
3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.	
4. โปรดเลือกแผนประกันที่ท่านต้องการ ชื่อแบบประกัน แผนที่ รวมเบี้ยประกันที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)	
5. การชำระเบี้ยประกัน: ☐ รายปี ☐ ราย เดือนติดต่อกัน โดยวิธี ☐ เงินสด โดย ชำระผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่ ☐ บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ ☐ อื่นๆ (พร้อมหลักฐานแนบ) ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกัน ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย	
คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ 6. ท่านมีประกันสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ยังมีผลบังคับหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี	
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ	
8. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการรักษา การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด หรือได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดคำวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว) ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ	
9. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือมะเร็งตับ โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเอสแอลอี (SLE) อัมพฤกษ์ อัมพาต ทูพพลาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ	
10. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไทรอยด์ คอพอก เนื้องอกหรือถุงน้ำที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคมะเร็ง โรคกรดไหลย้อน ปวดศีรษะไมเกรน โรคเกาต์ โรคไตเฉียบพลัน เส้นเลือดอุดตันที่ขา ต่อมไทรอยด์อักเสบ ไส้เลื่อน นิ้วทุกชนิด ไส้ติ่งอักเสบถุงที่แขน ขา หรือที่อื่นๆ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ	



11. โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
12. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เสพ ☐ สูบ / เสพ ชนิดวันละ..... มวน /วัน
13. ปัจจุบันท่านดื่ม สุราหรือของมึนเมาหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ชนิดวันละ แก้ว / วัน
คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้หน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่..... ☐ ไม่มีความประสงค์
การรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับการคุ้มครองประกันภัยผ่านทางช่องทางใด ☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้ ☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยจะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขอเอาประกันภัยได้แสดงไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้อนุญาตในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรค ซึ่งผู้ขอเอาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ) ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท หากรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัยเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้
ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ปกครองโดยชอบธรรม..... (.....) วันที่ขอเอาประกันภัย/...../..... วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....
เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ
☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญา
ประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

