

ใบคำขอเอาประกันภัย (ฉบับเต็ม)
กรมธรรม์ประกันภัยฟอลคอนพลัส โรคมะเร็งและอุบัติเหตุ

- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอประกันภัย
 ที่อยู่ปัจจุบัน ☎
☐ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ หรือ
☐ หนังสือเดินทาง เลขที่
 วัน - เดือน - ปีเกิด อายุ เพศ ส่วนสูง (ซม) น้ำหนัก (กก.)
 อาชีพ ตำแหน่ง
 อีเมล
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประกัน ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกันภัย
 ที่อยู่ ☎
- ระยะเวลาขอประกันภัย: เริ่มวันที่ เวลา น. ถึงวันที่ เวลา 24.00 น.
- การชำระเบี้ยประกันภัย : ☐ รายปี ☐ ราย เดือนติดต่อกัน (ระบุได้ตั้งแต่ 2 หรือ 3 หรือ 4 หรือ 5 หรือ 6)
☐ ราย เดือน (ระบุได้ดังนี้ รายเดือน ราย 3 เดือน หรือ ราย 6 เดือน)
 โดยวิธี
☐ เงินสด
☐ บัตรเครดิต ธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ
☐ ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร สาขา
 บัญชีเลขที่
 ออกรแสตมป์ บาท
 ภาษี บาท
 รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมออกรแสตมป์และภาษีแล้ว)

ผู้ขอประกันภัยมีความประสงค์เลือก แผน

ประวัติทางการแพทย์: ผู้ขอประกันภัย

กรณีซื้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- ผู้ขอประกันภัยมี หรือได้ขอประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)
 บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
- ขณะนี้ผู้ขอประกันภัยกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการหรือผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?
☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด)



บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่

33/4 อาคารเอ เอ็มไอทาวเวอร์ ชั้น 24-25 ถนนสุขุมวิท 9

แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

Tel.: 02 037 9888

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / ทะเบียนเลขที่ บบจ. 0107535000419 สำนักงานใหญ่

Email: fcicustomerservice@falconinsurance.co.th

The Falcon Insurance Public Company Limited (Head Office)

33/4 Building A, The 9th Towers, 24th - 25th FL.,

Rama 9 Rd., Huay Khwang, Bangkok 10310 Thailand

Tel.: (+66) 2037 9888

กรณีซื้อความคุ้มครองโรคมะเร็ง

1. ผู้ขอเอาประกันภัย หรือสมาชิกครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัยเคยเป็น หรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งหรือไม่?

	ไม่เคย	เคย	โปรดระบุบุคคลที่เป็น และโรคมะเร็งที่เป็น
ผู้ขอเอาประกันภัย	☐	☐	
บิดา – มารดา	☐	☐	
พี่ – น้อง	☐	☐	
บุตร	☐	☐	

2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย
 สาเหตุของการผ่าตัด เมื่อ (เดือน/ปี) ชื่อสถานพยาบาล
3. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคประจำตัวหรือไม่? ☐ ไม่เคย ☐ เคย
 โปรดระบุโรค รักษาที่โรงพยาบาล..... เมื่อ (เดือน/ปี)
4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ วันละ มวน ตลอดระยะเวลา ปี
5. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
☐ โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) ☐ โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
☐ ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ☐ ดับแข็ง ดับอักเสบ
☐ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ☐ โรคมะเร็ง
☐ ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ☐ ริดสีดวงทวารอักเสบเรื้อรัง
☐ เนื้องอก ก่อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท อวัยวะที่เป็น)
☐ ปัจจุบันยังเป็นผู้ป่วยและยังไม่ได้ผ่าตัด
☐ ปัจจุบัน ได้ผ่าตัดออกแล้ว แต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
☐ ปัจจุบัน ได้ผ่าตัดออกแล้ว เกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี โรงพยาบาล
 ผลตรวจเนื้อเยื่อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
 แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก่อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุก ๆ ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี
☐ ไม่เคย
 หากท่านตอบว่ามีโรคที่ระบุไว้ข้างต้นปัจจุบันนี้อาการ ☐ ปกติ ☐ รักษาอยู่ สถานพยาบาล
6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยโรคมะเร็ง หรือการขอเอาประกันชีวิต หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
☐ ไม่มี ☐ มี

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้ขอเอาประกันภัยตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยและบริษัท

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายโดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนและ/หรือค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการจ่ายค่าทดแทนและ/หรือค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้



ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

- ☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่อยู่ระบุไว้

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ปกครองโดยชอบธรรม
(.....) (.....)

วันที่ขอเอาประกันภัย/...../..... วันที่ขอเอาประกันภัย/...../.....

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ
จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัย
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

