

# ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลนิวไพลัส

**Falcon Insurance**  
บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน)

New i-Plus

## รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล ..... IWS ☐ ชาย ☐ หญิง  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง(ซม.) ..... น้ำหนัก(กก.) ..... เชื้อชาติ / สัญชาติ ..... / .....  
☐ บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ..... ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่ .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....  
โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล .....  
อาชีพปัจจุบัน/ตำแหน่ง ..... รายได้ ..... (บาท / ปี)  
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป .....  
สถานที่จัดส่งกรมธรรม์ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อีเมล ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

## รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....  
**ระยะเวลาขอเอาประกันภัย** เริ่มต้นวันที่ ..... / ..... / ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... / ..... / ..... เวลา 16.30 น.  
**โปรดเลือกแผนประกันภัยที่ท่านต้องการ** ชื่อแบบประกัน ..... แผนที่ .....  
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ ..... บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)  
**การชำระเบี้ยประกันภัย** ☐ รายปี โดยวิธี  
☐ โอนเงินผ่านบัญชีเงินฝาก ธนาคาร ..... สาขา ..... บัญชีเลขที่ .....  
☐ บัตรเดบิต หรือ บัตรเครดิต ธนาคาร ..... หมายเลขบัตร ..... บัตรหมดอายุ .....  
☐ อื่นๆ (พร้อมหลักฐานแนบ) .....  
ชื่อ-นามสกุล ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....

## คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ

- 1 ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่  
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ..... ยังมีผลบังคับหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
- 2 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ .....
- 3 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยพบแพทย์เพื่อรับการรักษา การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด หรือได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ หรือไม่ (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียดวินิจฉัยของแพทย์ อาการหรืออาการแสดง การรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ และวันเวลาดังกล่าว)  
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ .....
- 4 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่  
โรคเมร็ง โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ความผิดปกติทางสมอง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย โรคตับหรือตับโต โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเอสแอลอี (SLE) อัมพฤกษ์ อัมพาต ทุพพลภาพ พิการ โรคจิตประสาท เคยใช้สารเสพติด  
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ .....
- 5 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย การรักษา การผ่าตัด การบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่  
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไทรอยด์ คอพอก เนื้องอกหรือถุงน้ำที่ไม่ใช่มะเร็ง โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ปวดศีรษะไมเกรน โรคเกาต์ โรคสตีเวนจอห์นสัน เลือดออกตามเยื่อเมือก ต้อเนื้อต้อกระจก ไข้ส่า นีวทุกชนิด ไข้หวัดตามกระดูกที่รุนแรง วัณโรคหรืออื่นๆ  
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ .....

- 6 โรคอื่นๆ หรือโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น  
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
- 7 ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดอื่นหรือไม่  
☐ ไม่สูบ/ไม่เสพ ☐ สูบ / เสพ ชนิด .....วันละ..... มวน / วัน
- 8 ปัจจุบันท่านดื่ม สุราหรือของมึนเมาหรือไม่  
☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ชนิด .....วันละ ..... แก้ว / วัน

#### คำถามความประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร

ผู้ขออาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขออาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

#### คำรับรองของผู้ขออาประกันภัย

เป็นที่ตกลงกันระหว่างผู้ขออาประกันภัยและบริษัทว่า กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะไม่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขออาประกันภัยสำหรับ การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นโดยตรง หรือสืบเนื่องมาจาก หรือเป็นอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยใดๆ ที่ผู้ขออาประกันภัยได้แถลงไว้ในใบคำขออาประกันภัยนี้หรือที่บริษัทยกเว้นตามที่ได้ระบุในเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคซึ่งผู้ขออาประกันภัยได้รับทราบและยินยอมตามเงื่อนไขทุกประการ (โดยบริษัทจะออกเอกสารแนบท้ายยกเว้นความคุ้มครองเฉพาะโรคนั้นๆ เป็นการเฉพาะ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขออาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขออาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขออาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

.....  
 ( )  
 ผู้แทนโดยชอบธรรม  
 วันที่ขออาประกันภัย ...../...../.....

.....  
 ( )  
 ผู้ขออาประกันภัย  
 วันที่ขออาประกันภัย ...../...../.....

.....  
 ( )  
 ตัวแทนประกันวินาศภัย  
 วันที่ขออาประกันภัย ...../...../.....

- ☐ การประกันภัยโดยตรง  
☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย  
☐ นายหน้าประกันวินาศภัย  
☐ ใบอนุญาตเลขที่.....

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว  
 สำนักงานการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

**ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865**