



บริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุพิเศษ

ชื่อ นายหนู่/ตัวแทน ประกันภัย:
.....
.....
.....
ใบอนุญาตนเลขที่:
5204009393
Ref. No.....

- ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง ควรกรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มให้ครบถ้วนและลงนามใบคำขอเอาประกันสุขภาพ
- ผู้ขอเอาประกันภัยและสมาชิกในครอบครัวจะต้องแสดงรายละเอียดของสุขภาพของทุกท่าน โดยอ่านและกรอกรายละเอียดในใบข้อ
แถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันพร้อมทั้งลงนามและลงวันที่ในใบสมัคร ผู้ปกครองสามารถกรอกรายละเอียดและเซ็นเอกสารแทน
บุตรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้ กรุณากรอกรายละเอียดของสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง ในเอกสารฉบับนี้

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรณกรอกข้อมูลโดยผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย นาย/นาง/น.ส.
 สัญชาติ..... ประเทศถิ่นกำเนิด..... ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน.....
 ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ) Name..... Surname.....
 ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย..... หมู่..... ซอย..... หมู่บ้าน..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ.....
 โทรศัพท์ (บ้าน)..... (ที่ทำงาน)..... (มือถือ)..... (โทรสาร).....
 อีเมล (บ้าน)..... (ที่ทำงาน).....
 ภาษาที่สะดวกในการติดต่อ ไทย อังกฤษ

กรณีประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ผู้รับประโยชน์ 1..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 ผู้รับประโยชน์ 2..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 ข้อมูลสำหรับความคุ้มครองเพิ่มเติมในส่วนประกันภัยอุบัติเหตุ
 อาชีพของผู้เอาประกันภัย..... กรุณาอธิบายลักษณะของงาน(อาชีพ).....

โปรดระบุชื่อแผนที่ท่านเลือก

ชื่อแผนที่ท่านเลือก.....
 ความคุ้มครองเพิ่มเติม : ผู้ป่วยนอก..... การคลอดบุตร.....
 ประกันอุบัติเหตุ..... อื่นๆ (โปรดระบุ).....
 วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ :
 (ความคุ้มครองของท่านจะยังไม่จะมีผลบังคับจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับใบสมัครของท่านอย่างสมบูรณ์)

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้ได้รับความคุ้มครอง

ชื่อ - นามสกุล ผู้ได้รับความคุ้มครอง	เพศ	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	เบี้ยประกันภัย (บาท)	สำหรับเจ้าหน้าที่

จำนวนเบี้ยประกันภัยทั้งสิ้น.....บาท

ลงนาม : วัน/เดือน/ปี : (วันที่กรอกใบสมัคร)

1. กรุณาระบุหากท่านต้องการใบเสร็จรับเงินในการหักลดหย่อนภาษี กรณีที่ซื้อกรมธรรม์ประกันภัยให้กับบิดาหรือมารดา ต้องการ ไม่ต้องการ
2. ท่านต้องการกรมธรรม์ประกันสุขภาพในรูปแบบใด ซีดีรอม ชุดเอกสารกรมธรรม์ อีเมล

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย

ท่านเลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวด : รายปี รายเดือน โดยวิธี

ตัดบัตรเครดิตธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต..... บัตรหมดอายุ.....
ประเภทบัตรเครดิต : Visa Master ชื่อเจ้าของบัตร..... โทรศัพท์.....
ลายเซ็นของเจ้าของบัตร

ตัดบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา..... บัญชีเลขที่.....
รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)

การต่ออายุอัตโนมัติ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิตหรือเงินฝากธนาคารตามที่แจ้งไว้ด้านบน

ข้อแสดงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง กรมการกรายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง แต่ละท่าน ผู้ปกครองสามารถกรายละเอียดแทนบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

กรุณาตอบคำถามดังต่อไปนี้ อย่างครบถ้วนและถูกต้อง หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายพิจารณาการรับประกันสุขภาพ ที่อีเมล underwriting@bupa.co.th หรือโทรศัพท์หมายเลข 0 2677 0000 ต่อ 846

ชื่อของ ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง นาย/นาง/น.ส./ค.ญ./ค.ช./ฯลฯ

โทรศัพท์ : โทรสาร : อีเมล :

1. ท่านมีหรือเคยมีประกันสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันอุบัติเหตุ หรือแผนชดเชยรายได้ กับบริษัทพญาหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี กรุณาระบุรายละเอียด).....
2. ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครอง จากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุมาก่อนหรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุตลอดจนคำวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล ช่วงเวลาและโรงพยาบาล ที่ทำการรักษาอาการความผิดปกติที่ยังคงอยู่ 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 ปีศาจ หรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุผลการตรวจและสาเหตุที่ต้องเข้ารับการตรวจ วันเดือนปี และสถานที่ที่ตรวจ).....
7. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้อออก ภาวะเลือดออกผิดปกติ อื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....

8. กรุณาแสดงภาวะความผิดปกติหรือความเจ็บปวดที่ได้รับการรักษาในโรคต่างๆ หรืออาการต่างๆ รวมถึงภาวะที่ผิดปกติที่ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามตารางด้านล่างนี้ **ข้อมูลต่างๆ นี้จะเป็นส่วนประกอบสำคัญต่อการพิจารณาสินไหมทดแทน** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” หรือ “ไม่มี” ในตารางต่อไปนี้ ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี” กรุณาแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่านในตอนท้ายของตารางคำถาม

ระบบ / โรค	มี	ไม่มี	รายละเอียดเพิ่มเติม
1. ปวดศีรษะเรื้อรัง			
2. อาการปวดศีรษะไมเกรน			
3. อาการชาตามแขนขา 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. เนื้อเยื่อมะเร็ง			
33. ผิวหนัง			
34. ความผิดปกติทางด้านร่างกาย หรือความพิการ			
35. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรืออยู่ระหว่างการรักษาการบาดเจ็บ			
36. ขณะนี้ท่านมีการรับประทานยาเป็นประจำ			

ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี” กรุณาแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แพทย์ และโรงพยาบาล ที่ให้การรักษาแก่ท่าน

โปรดแจ้งชื่อแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือคลินิก พร้อมทั้งอยู่ที่ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง ใช้บริการเป็นประจำ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท **นุภา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)** ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

- CQ - Cheque (เช็ค)
- AT-Autopay (โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกจ่ายค่าสินไหมทดแทน ธนาคาร..... สาขา..... หมายเลขบัญชี..... ชื่อเจ้าของบัญชี.....
ลงนาม (ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง)..... วัน/เดือน/ปี..... (วันที่กรอกใบสมัคร)

(และลงนามแทนบุตรของผู้เอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

ชื่อผู้เอาประกันภัยให้บิดามารดา (ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย).....

หมายเหตุ : รายละเอียดที่กรอกในใบสมัคร มีระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องที่สุดของท่าน

ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้

นายหน้าประกันวินาศภัยนี้

ใบอนุญาตเลขที่

Agent ชนภรณ์ ลีลาพรพรรณ

Broker

License No. 5204009303

หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัยพร้อมใบคำขอเอาประกันภัย หรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้ขอเอาประกันภัยมีได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

การรักษาความลับทางการแพทย์

ทางบริษัทถือถือการรักษาความลับทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านจะถูกเปิดเผยเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องในการทำการรักษา ซึ่งรวมถึงแพทย์ผู้ทำการรักษา แพทย์ที่ปรึกษา (ในกรณีขอความคิดเห็นเพิ่มเติม) บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคล หรือตัวแทน หรือหน่วยงาน ที่เป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการคำรักษาพยาบาล การพิจารณาสินไหมทดแทน ในกรณีที่ท่านกังวลหรือไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามแนวทางดังกล่าว กรุณาติดต่อ กรรมการผู้จัดการ โทร. 0 2677 0000