

ใบคำขอเอาประกันภัย (Application Form)

ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม / Group Insurance



LMG
Insurance.

A Liberty Mutual Company

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (ชื่อหน่วยงาน/บริษัท)

Policyholder Name

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

Policy No.

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว
Name Mr. Mrs. Ms.

ผู้ขอเอาประกันภัย
Applicant

วัน/เดือน/ปีเกิด
Birthday (d/m/y)

อายุ
Age

ปี
Year

ส่วนสูง
Height

เซนติเมตร
Centimeters

น้ำหนัก
Weight

กิโลกรัม
Kilograms

สถานภาพสมรส
Status

☐ โสด
Single

☐ สมรส
Married

☐ หม้าย
Widow

☐ หย่าร้าง
Divorce

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง

ID Card No. / Passport No.

อาชีพ
Occupation

ตำแหน่ง
Position

ฝ่าย
Department



เป็นสมาชิก/พนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

Be Employee

วันที่เริ่มงาน
Employment Date



เป็นคู่สมรส
Be Spouse



เป็นบุตร ของ (ชื่อสมาชิก/พนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)

Be Child of Employee name

ชื่อผู้รับผลประโยชน์/Beneficiary

ความสัมพันธ์/Relationship

ที่อยู่/Address

1. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคกระเพาะ หรือความผิดปกติอื่นร้ายแรงหรือไม่
Have you ever been treated or told you have heart disease, high blood pressure, liver disease, cancer or any other serious disease?

☐ เคย
Yes

☐ ไม่เคย
No

2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆ ที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ / Have you suffered from a sustained illness or had serious injury, consultation or been treated in a hospital or clinic or been advised about any treatment during past 2 year?

☐ เคย
Yes

☐ ไม่เคย
No

3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้นหรือไม่
Have you ever had, or been advised to have, any surgical operation?

☐ เคย
Yes

☐ ไม่เคย
No

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธหรือเพิ่มเงื่อนไขในการรับพิจารณาประกันภัย หรือเลื่อนพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ประกันภัย ประกันชีวิตหรือสุขภาพ
Have you ever had an insurance application for reinstatement, declined, postponed, rated up or modified of its conditions?

☐ เคย
Yes

☐ ไม่เคย
No

5. มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็นวัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรสของท่านเคยเป็นโรคเอดส์หรือตรวจพบว่ามีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์หรือไม่
Has any member of your immediate family ever had tuberculosis, diabetes or mental disease, or has your spouse suffered from AIDS or had a positive HIV blood test?

☐ เคย
Yes

☐ ไม่เคย
No

หมายเหตุ : ถ้าคำตอบข้อ 1-5 เคยหรือใช่ โปรดระบุคำถามข้อนั้นๆ และให้รายละเอียดว่าเป็นโรคอะไร รักษาตัวที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย/กานยาอยู่หรือไม่ และในกรณีประสบอุบัติเหตุถูกรายละเอียด (เช่น มีการคาดเหล็กรถยนต์/ตกจากที่สูง) เอาหลักฐานออกหรือยัง)

Remark : If any of the answers above is "Yes" or injury as a result of accident, please provide full details below, by nothing the question number.

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์/บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับการบาดเจ็บของข้าพเจ้าขอมอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้ผลสมบูรณ์ขึ้นด้วยกับต้นฉบับ / All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. Furthermore, I hereby authorize any physician, hospital, clinic, or either organization that has any records or knowledge of me or my health to furnish LMG Insurance Public Company Limited with information concerning my medical history and physical condition. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

นอกจากนี้ข้าพเจ้ายังยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า ข้าพเจ้าหรือสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทจะไม่รับประกันภัยข้าพเจ้า / In addition to the above statement, I hereby warrant that I am not aware to, or have never been treated of AIDS or test positive to AIDS virus and I fully understand that if I contract AIDS or have positive blood test, the company may decline my application for insurance.

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ตามแบบฟอร์มนี้ สมาชิกของผู้เอาประกันภัยได้ตอบคำถามโดยถูกต้อง และตามที่ข้าพเจ้าเชื่อ (ประทับตราชื่อหน่วยงาน/บริษัทของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)

This statements made on this form are answered correctly to the best of my knowledge and belief (Employer's Company Stamp)

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย/พยาน (Policyholder/Witness)

โดย/By (ลายเซ็น/Signature)

ตำแหน่ง/Position

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย / The Applicant's Signature

ลายมือชื่อสมาชิกผู้เอาประกันภัย (สมาชิกหลัก) / Insured Member's Signature

วันที่ลงนาม / Date

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) / WARNING from Office of Insurance Commission (OIC) :

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยเปิดเผยข้อเท็จจริงตามที่ท่านทราบ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธการรับประกันตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable.

The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865.

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 19 อาคารจัสมิน ซิตี้ เลขที่ 2 ซอย สุขุมวิท 23 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

โทร. 02-648-6272 | โทรสาร. 02-648-6222 | อีเมล LMG@imginsurance.co.th

LMG Insurance Public Company Limited 19th Floor, Jasmine City Building, 2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Rd., Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110

TEL: 02-648-6272 | FAX: 02-648-6222 | EMAIL: LMG@imginsurance.co.th