



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล แบบพิเศษ

SPECIAL PERSONAL HEALTH AND ACCIDENT APPLICATION FORM

1. รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

Applicant's Personal Information

ชื่อ – นามสกุล .....	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
Name-Surname	Gender Male Female	
วัน/เดือน/ปีเกิด .....	อายุ ..... ปี เชื้อชาติ / สัญชาติ .....	
Date of Birth	Age Yrs. Nationality	
ส่วนสูง .....	น้ำหนัก .....	
Height	Weight	
<input type="checkbox"/> เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	<input type="checkbox"/> เลขที่หนังสือเดินทาง .....	
Identity Card No.	Passport No.	
ที่อยู่ตามภูมิลำเนาเดิม เลขที่ .....	หมู่บ้าน .....	
Residence Address House No.	Village No./Moo Village/Mooban	
อาคาร .....	เลขห้อง/ชั้นที่ .....	ซอย .....
Building	Room No./Floor	Lane/Soi
ถนน .....	แขวง/ตำบล .....	เขต/อำเภอ .....
Road	Sub district/Tambon	District/Amphoe
จังหวัด .....	รหัสไปรษณีย์ .....	
Province	Postcode	
โทรศัพท์บ้าน .....	โทรศัพท์มือถือ .....	อีเมล .....
Home Telephone No.	Mobile Phone No.	Email
อาชีพ .....	ตำแหน่ง .....	
Occupation	Position held	
ลักษณะงานโดยสังเขป .....		
Job description		
รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) .....		
Average income (per month)		

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

The Beneficiary's Personal Information

ชื่อ – นามสกุล .....	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย .....
Name-Surname	Relationship to the Applicant

3. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย

Period of Insurance

เริ่มต้นวันที่ .....	เวลา .....	น. สิ้นสุดวันที่ .....	เวลา 24.00 น.
From	At	Hrs. To	At Hrs.

4. แผนประกันภัย

Package Plan

5. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยสุขภาพส่วนบุคคลไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นๆ หรือไม่

Do you have any personal health insurance with BKI or any other insurance company (ies) ?

☐ ไม่มี ☐ มี/ได้ขอ

No Yes

โปรดระบุ บริษัท .....	จำนวนเงินผลประโยชน์ .....
please specify Insurer	Sum Insured Baht
โปรดระบุ บริษัท .....	จำนวนเงินผลประโยชน์ .....
please specify Insurer	Sum Insured Baht
โปรดระบุ บริษัท .....	จำนวนเงินผลประโยชน์ .....
please specify Insurer	Sum Insured Baht



6. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยชดเชยรายได้ส่วนบุคคลไว้กับบริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่  
Do you have any personal hospital income insurance with BKI or any other insurance company (ies) ?

☐ ไม่มี ☐ มี/ได้ขอ

No Yes

โปรดระบุ บริษัท ..... จำนวนเงินผลประโยชน์ ..... บาท  
please specify Insurer Sum Insured Baht

โปรดระบุ บริษัท ..... จำนวนเงินผลประโยชน์ ..... บาท  
please specify Insurer Sum Insured Baht

กรณีทำประกันภัยมากกว่า 2 บริษัท โปรดระบุจำนวนเงินผลประโยชน์รวมทุกบริษัท ..... บาท  
In case of insurance more than 2 companies, please specify the total Sum Insured from all companies. Baht

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยสุขภาพ หรือประกันภัยโรคร้ายแรง หรือประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญา หรือถูกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  
Have you ever been declined life assurance or health insurance or critical illness or accident insurance, had your policy cancelled, renewal declined, or additional premium imposed for such insurance?

☐ ไม่เคย ☐ เคย

No Yes

โปรดระบุ บริษัท ..... จำนวนเงินผลประโยชน์ ..... บาท  
please specify Insurer Sum Insured Baht

โปรดระบุ บริษัท ..... จำนวนเงินผลประโยชน์ ..... บาท  
please specify Insurer Sum Insured Baht

โปรดระบุ บริษัท ..... จำนวนเงินผลประโยชน์ ..... บาท  
please specify Insurer Sum Insured Baht

8. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่  
Do you consume any alcohol drinks?

☐ ไม่ดื่มเลย ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว ☐ ดื่มเป็นประจำ

No Occasionally Regularly

9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  
Do you smoke?

ในอดีต ☐ ไม่เคยสูบ ☐ เคยสูบ วันละ ..... มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ..... ปี ถึงอายุ ..... ปี รวม ..... ปี  
In the past Never Ever Each day Cigarettes Started smoking at age years To age years Total years

ปัจจุบัน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ วันละ ..... มวน  
At present No Yes Each day Cigarettes

10. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและอื่นๆ  
Health and Other Declarations

ท่านเป็นหรือเคยเป็นหรือมีการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการตรวจรักษา ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” หรือ “ไม่มี” ในตารางต่อไปนี้ ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี” กรุณาแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการปัจจุบัน)

Are you having/have you ever had/are you aware that you have/have you been diagnosed or examined and given advice or suggestions by doctor as having any of the following diseases? (Please put ✓ either in the ‘No’ or ‘Yes’ space in the table below. If your answer is ‘Yes’ please provide details about relevant medical treatments and current symptoms.)

ภาวะโรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
ความดันโลหิตสูง	High Blood Pressure/ Hypertension (HT)			
HIV/ โรคเอดส์/ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	HIV/ AIDS/ IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME			
เบาหวาน	Diabetes mellitus (DM)			
ไขมันในเส้นเลือด/คอเลสเตอรอล	Dyslipidemia/ Total cholesterol			



**บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Bangkok Insurance Public Company Limited**

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888  
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ. 2490  
Established 1947

ทะเบียนเลขที่ 0107536000625  
Registration No. 0107536000625

ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
การอุดตันของเส้นเลือด	Thrombosis			
โรคตับอักเสบ	Hepatitis			
โรคตับแข็ง	Cirrhosis			
โรคกรวยไตอักเสบ	Pyelonephritis			
โรคไตวายเรื้อรัง	Chronic renal failure (CRF)/ Chronic kidney Disease (CKD) / End State Renal Failure (ESRD)			
นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	Urinary tract stones			
โรคปอดบวม หรือ โรคเชื้อหุ้มปอด อักเสบ	Pneumonia / Pleurisy			
น้ำท่วมปอด	Pulmonary Edema			
วัณโรค	Tuberculosis (TB)			
โรคหัวใจทุกชนิด	Heart disease			
โรคที่เกี่ยวกับสมองทุกชนิด	All type of Brain disorders			
หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน	Hemorrhagic stroke or Ischemic stroke			
ผ่าตัดสมองเนื่องจากอุบัติเหตุ	Brain surgery from accident / injury			
โรคทางจิตเวช	Psychosis			
โรคเลือดทุกชนิด	Hematologic diseases			
โรค SLE/DLE โรคภูมิแพ้ตัวเอง	Systemic lupus erythematosus / Discoid lupus erythematosus			
ธาลัสซีเมีย	Thalassemia			
โรคคาวาซากิ	Kawasaki's Disease			
โรคหลอดลมอักเสบ	Bronchitis			
หลอดลมโป่งพอง	Bronchiectasis			
หลอดอาหารอักเสบ	Esophagitis			
โรคถุงลมโป่งพอง / กลุ่มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Emphysema / Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD			
ไส้ติ่งอักเสบ	Appendicitis			
ม้ามโต	Splenomegaly			



ภาวะ/โรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
ไวรัสตับอักเสบ A D E และ G	Hepatitis A,D,E,G Virus			
ไวรัสตับอักเสบ B และ C	Hepatitis B,C Virus			
มะเร็งทุกชนิด	Cancer			
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	Leukemia			
พิษสุราเรื้อรัง, การใช้สารเสพติด	Alcoholic Disorder/ Alcoholism, Used Drug Substance			
นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี	Bile duct stones			
ลมบ้าหมู/ลมชัก	Epilepsy			
อัมพฤกษ์/อัมพาต	Paresis/Paralysis			
ไส้เลื่อน	Hernia			
ไข้เลือดออก	Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)			
มาลาเรีย	Malaria			
พาร์กินสัน	Parkinson			
อัลไซเมอร์	Alzheimer			
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	Gastritis			
โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง	Chronic gastritis			
โรคกรดไหลย้อน	Gastroesophageal Reflux Disease: GERD			
ไมเกรน	Migraine			
ต่อมทอนซิลอักเสบ	Tonsillitis			
ไซนัสอักเสบ	Sinusitis			
ภูมิแพ้อากาศ/ฝุ่น/เกสรดอกไม้	Air allergy / Dust allergy / Pollen allergy			
หืดหอบ	Asthma			
ท้องเสีย	Diarrhea			
โรคลำไส้แปรปรวน	Irritate Bowel Syndrome: IBS			
เนื้องอกร้าย	Malignant หรือ Cancerous Tumor			
เนื้องอกชนิดเนื้อปกติ	Benign Tumor			
ซีสต์/ซีสต์โกแลกซิส (เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่)	Cyst (Endometriosis)			



**บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Bangkok Insurance Public Company Limited**

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888  
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ. 2490  
Established 1947

ทะเบียนเลขที่ 0107536000625  
Registration No. 0107536000625

ภาวะโรค	Diseases	ไม่มี/No	มี/Yes	รายละเอียดเพิ่มเติม/Additional Detail
โรคคอตีบ	Diphtheria			
ต้อกระจก ต้อเนื้อ ต้อหิน ต้อลม	Cataract / Pterygium / Glaucoma / Pinguecula			
หูอักเสบ	Otitis externa / Otitis Media / Labyrinthitis, otitis interna			
บาดทะยัก	Tetanus			
ไทรอยด์เป็นพิษ/ไฮเปอร์ไทรอยด์	Hyperthyroidism			
ไทรอยด์ชนิดไม่เป็นพิษ	Thyroid Disease			
ริดสีดวงทวาร	Hemorrhoids			
หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	Herniated Disc			
หมอนรองกระดูกอักเสบ	Intervertebral disc / Discitis			
กระดูกพรุน	Osteoporosis			
โปลิโอ	Poliomyelitis, Polio, Infantile paralysis			
โรคเกาต์	Gout, Gouty arthritis			
โรคข้อรูมาตอยด์	Rheumatoid Arthritis			
แขน ขา ขาดจากโรคหรือการเจ็บป่วย	Loss of extremity limbs From illness			
แขน ขา ขาดจากอุบัติเหตุ	Loss of extremity limbs from accident			
โรคหรือการเจ็บป่วยอื่นๆ	Any Diseases			

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would you like to claim for personal income tax deduction with this health insurance premium?

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อ สรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการ  
ที่สรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Resident) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมาย  
ว่าด้วยภาษีอากร

Yes, and I permit the insurer to send and reveal the information about this insurance premium to the Revenue Department.

โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....  
If the applicant is a non-Thai resident, please enter the taxpayer ID number given by the Revenue Department

☐ ไม่มีความประสงค์  
No

กรุณาระบุรูปแบบเอกสารกรมธรรม์ประกันภัยที่ท่านประสงค์ให้บริษัทดำเนินการออกกรมธรรม์ประกันภัยให้กับผู้ขอเอาประกันภัย  
Please select the type of insurance policy documents.?

- ☐ กรมธรรม์ประกันภัย (Fully Policy)  
☐ กรมธรรม์ประกันภัยอิเล็กทรอนิกส์ (e-Policy)



**บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Bangkok Insurance Public Company Limited**

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888  
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

เริ่มกิจการปี พ.ศ. 2490  
Established 1947

ทะเบียนเลขที่ 0107536000625  
Registration No. 0107536000625

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ให้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทผู้รับประกันภัยในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า

I hereby request the insurance company to provide the insurance policy with the terms and conditions according to your standard policy and I declare that above statements are complete and true. I agree to have this application form included in the contract between I and the Company. Should there be any false statement or any truth being concealed, I agree to let the insurance company cancel this insurance policy. Besides, I also authorize the insures/s of this insurance to request for any kind of information regarding to my personal health treatment or health condition records from any physician, hospital, clinic or any other organization which has any of my health information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I agree to let the company collect, use and declare the insured's information to the Office of Insurance Commission for regulation of insurance business.

.....  
(.....)

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย  
Signature of Applicant

...../...../.....

วัน/เดือน/ปี  
Date/Month/Year

☐ การประกันภัยโดยตรง  
Direct

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย  
Agent

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย  
Broker

ใบอนุญาตเลขที่ .....  
License No.

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**Reminder of Office of Insurance Commission (OIC)**

The applicant/proposer has to give all answers to the foregoing questions truthfully. Provision of false statements and concealment of any facts shall render the insurance contract to become void under the policy in accordance with section 865 of the Civil Commercial Code.