

แบบให้ประวัติสุขภาพเพื่อแผนประกัน "แคร์4U" (CARE4U)

รายละเอียดผู้เอาประกัน

หมายเลขหนังสือเดินทาง

นามสกุล

ชื่อ

ความสูง

น้ำหนัก

วัน เดือน ปีเกิด

เพศ
หญิง / ชาย

	ข้อสอบถามทั่วไป	ไม่	
		ใช่	ใช่
1.	ในปัจจุบันท่านป่วย หรือเคยป่วยในเวลา 5 ปีที่ผ่านมาหรือทราบถึงปัญหาสุขภาพหรือจำเป็นต้องผ่าตัดใช่หรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด รวมถึงเมื่อไร		
2.	ในอดีตถึงปัจจุบันท่านเคยได้รับการรักษาโรคหรือไม่ กรุณาระบุยาที่ใช้รักษา		
3.	ท่านเคยเข้ารักษาโรคเป็นผู้ป่วยใน ใน โรงพยาบาลหรือสถานบันรักษาโรคอื่น ๆ หรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด รวมถึงเมื่อไร และสาเหตุที่เข้าเป็นผู้ป่วยใน เพื่อได้รับการรักษานั้น		
4.	ท่านดื่มสุราหรือไม่		
5.	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ กรุณาระบุจำนวนวันที่สูบต่อวัน ท่านดื่มสุราชนิดใดหรือไม่ กรุณาระบุประเภทสุราและปริมาณที่ดื่ม ในอดีตถึงปัจจุบันท่านเคยเสพติดยาหรือไม่		
6.	ใน 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยวิเคราะห์โรคหรือวินิจฉัยโรคหรือรับการตรวจร่างกายทาง ด้านการแพทย์หรือไม่ ถ้าเคยกรุณาระบุสาเหตุ วันที่และผลการตรวจสอบที่ไม่ปกติ		
7.	ท่านเคยประสบอุบัติเหตุหรือเคยผ่าตัดหรือไม่ กรุณาระบุรายละเอียด รวมถึงการผ่าตัดหรือเหตุการณ์ในอุบัติเหตุ		
8.	ใน 2 ปีที่ผ่านมาท่านเคยจำเป็นต้องหยุดทำงานเกินกว่า 3 วันหรือไม่		
9.	ท่านเคยถูกระบุเป็นผู้พิการหรือไม่		
10.	ท่านจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ในการดำรงชีพหรือไม่		

		ไม่	
		ใช่	ใช่
	ท่านหรือญาติใกล้ชิดเคยเป็นโรคร้ายแรงดังต่อไปนี้หรือไม่		
1	โรกระบบประสาทหรือสมอง หรือเป็นอัมพฤกษ์ โรคเกาท์ . มัลติพัลเซเคลโรสิส เป็นลม โรคอัลไซเมอร์ ฯลฯ กรุณาระบุรายละเอียด		
2	โรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด วัณโรค . หรือโรคปอดบวม กรุณาระบุรายละเอียด		
3	โรคหัวใจ หรือโรคทางเลือดไม่ว่าประเภทใด . รวมถึงความดันโลหิตสูงกรุณาระบุ รายละเอียด		
4	โรคทางระบบย่อยอาหาร รวมถึงโรคตับหรือโรคดีซ่าน . กรุณาระบุรายละเอียด		
5	โรคไตหรือระบบปัสสาวะ . กรุณาระบุรายละเอียด		
6	โรคทางกระดูกหรือข้อกระดูก รวมถึง รั้ว หรือหัก . และปวดหลัง หรือปวดคอ กรุณาระบุรายละเอียด		
7	โรคทางระบบขับถ่าย หรือระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเบาหวาน . โรคไทรอยด์ ไขมันสูงในเลือด โรคทางเลือด โลหิตจาง . กรุณาระบุรายละเอียด		
8	โรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรัง กรุณาระบุรายละเอียด		
9	โรคทางผิวหนังหรือกามโรค ซิฟิลิสหรือโรคเอดส์ หรือแผลเรื้อรัง . กรุณาระบุรายละเอียด		
10	โรคทางตา หู คอ รวมถึงหูหนวก กรุณาระบุรายละเอียด		

ข้อสอบถามทั่วไป	ไม่ ใช่	ใช่
-----------------	------------	-----

		ไม่ ใช่	ใช่
11	เฉพาะสตรี - ท่านตั้งครรภ์หรือไม่ ปัญหาประจำเดือนมีเนื้องอกเต้านมหรือในมดลูก รังไข่ หรือเคยให้แพทย์ตรวจหามะเร็งหรือไม่ บุตร ธิดา จำนวนกี่คน รวมถึงจากการสมรสเดิม จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์ กรุณาระบุว่าเคยมีปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่ เคยตรวจภายในครั้งสุดท้ายเมื่อไร		

รายละเอียดผลการตรวจที่ดีในแบบสอบถามสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ข้าพเจ้าให้ในแบบสอบถามสุขภาพถูกต้องและครบถ้วน และนอกจากนั้น ถ้าหากรายละเอียดใด ๆ
ที่ข้าพเจ้าให้ไม่ถูกต้องหรือครบในรายละเอียด บริษัท อายลอน จะไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ภายใต้กฎหมายประกันของรัฐ
ใบยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ

ข้าพเจ้า ซึ่งลงชื่อต่อไปนี้จะให้สิทธิกับองค์กร Sick Funds และ / หรือสถาบันรักษาโรค และ / หรือแพทย์โรงพยาบาล
บริษัทประกันหรือสถาบันอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้สมัคร"
เป็นรายละเอียดครบถ้วนบนแบบฟอร์ม ที่จำเป็นต้องใช้ในการสมัครเอาประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน
และให้สิทธิในการระบุรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับสภาพร่างกาย และ / หรือทุพพลภาพที่เคยป่วยในอดีตถึงปัจจุบัน
หรืออาจประสบในอนาคต และด้วยเอกสารฉบับนี้ได้ยกเลิกสิทธิที่จะต้องเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ เพื่อ ผู้สมัคร
เงื่อนไขข้อนี้เป็นผลบังคับต่อข้าพเจ้า ทรัพย์สินของข้าพเจ้า หมายความว่าผู้รับมอบเงินของข้าพเจ้า

และผู้ดูแลผลประโยชน์ของข้าพเจ้าทุกท่าน

ชื่อผู้เอาประกัน(ตัวบรรจง) _____ หมายเลขหนังสือเดินทาง _____

ลงชื่อผู้เอาประกัน(ลายเซ็น) _____ วันที่ _____

พยาน (ตัวบรรจง) _____ หมายเลขประชาชน _____

ลงชื่อพยาน(ลายเซ็น) _____ วันที่ _____

ข้อตกลงเบื้องต้นที่องค์การคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ

ข้าพเจ้าตกลงว่าคำร้องขอสำหรับการประกันภัยจะออกมาดังนี้:

ร่วมกับชำระเงินในส่วนเพิ่มเติมทางการแพทย์ในเงื่อนไขว่าการชำระเงินนี้จะไม่เกิน 75%

ร่วมกับซื้อจำกัดความคุ้มครองของความรับผิดชอบของบริษัท

ตามความรับผิดชอบที่ไม่ต้องรับผิดชอบต่อความทุพพลภาพและหรือข้อจำกัดทางด้านสุขภาพที่ดำรงอยู่ของผู้มีคุณสมบัติพร้อมสำหรับการประกันภัย,

ผลและผลที่เกิดขึ้นภายหลังของความทุพพลภาพและ/หรือข้อจำกัดทางด้านสุขภาพที่ดำรงอยู่

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย _____

คำปฏิญาณผู้เอาประกัน

- ข้าพเจ้ารับรองและยินยอมว่า
 - ข้อมูลที่ให้ไว้ถูกต้องครบถ้วนและให้ไว้ด้วยความสมัครใจ
 - ข้อมูลรายละเอียดที่ให้ไว้ข้างต้นและข้อมูลอื่น ๆ ที่ให้กับผู้ให้ประกันนั้นสามารถเข้าร่วมกับเงื่อนไขอื่นของผู้ให้ประกัน เพื่อประโยชน์การเอาประกันนั้น และจะเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาเอาประกันระหว่างข้าพเจ้าและผู้ให้ประกัน
 - ผู้ให้ประกันจะมีสิทธิ์ตัดสินใจรับหรือปฏิเสธใบสมัครของข้าพเจ้าโดยที่ไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผล
- ข้าพเจ้าทราบว่าสัญญาเอาประกันจะมีผลบังคับเฉพาะหลังจากผู้ให้ประกันออกกรมธรรม์
 - ข้าพเจ้าทราบว่า ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่จะให้ไว้กับผู้ให้ประกันจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อความทุพพลภาพไม่ว่าที่มีตั้งแต่เกิดหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่มีมาก่อนการเอาประกันไม่ว่าปัญหาสุขภาพนั้นอยู่ในระหว่างการรักษาหรือไม่ หรือไม่ว่าเป็นผลโดยตรงหรือทางอ้อมจากสภาพร่างกายก่อนหน้า ซึ่งเป็นหนักขึ้นหลังจากกรมธรรม์ประกันนั้นเริ่มมีผลบังคับ จึงอาจมีสิทธิ์เรียกร้องภายใต้พระราชบัญญัติเกี่ยวกับพนักงานต่างชาติ



Fax : 09-9518519



กรมหรือหนังสือแสดงความยินยอมให้ประกันและข้าพเจ้าได้จ่ายงวดแรกของเบี้ยประกันให้แก่อู่ให้ประกันนั้น

คำปฏิญาณของผู้ถือกรมธรรม์

เท่าที่ข้าพเจ้าได้ทราบ คำปฏิญาณของผู้เอาประกัน มีรายละเอียดถูกต้องและข้าพเจ้าไม่ทราบถึงว่าผู้สมัครนั้นจะมีปัญหาสุขภาพใด ๆ ก่อนหน้าหรือมีปรากฏการณ์ซึ่งแสดงถึงอาจมีปัญหาสุขภาพ ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ หรือไม่ว่าผลการตรวจทางตรงหรือทางอ้อมแสดงถึงว่าปัญหาสุขภาพนั้นเกิดขึ้นก่อนวันเริ่มมีผลบังคับเอาประกันตามกรมธรรม์ และคำยืนยันนี้รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้เคยรับทราบเกี่ยวกับผู้เอาประกัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถ้าได้แจ้งผู้ให้ประกัน ผู้ให้ประกันนั้นจะปฏิเสธรับประกันผู้สมัคร

- **คำปฏิญาณนี้ข้าพเจ้าได้เซ็นไว้หลังจากเนื้อหาที่มีในนี้ ได้มีผู้อื่นซึ่งเป็นสามเฒ่าให้ข้าพเจ้าทราบรายละเอียดทั้งหมดก่อนที่ลงชื่อลงชื่อผู้ว่าจ้าง**

ชื่อนายจ้าง _____ ประทับตราและลงลายเซ็นนายจ้าง _____ วันที่ลงชื่อ _____

ลงลายเซ็นชื่อผู้เอาประกัน

ชื่อผู้เอาประกัน _____ ลายเซ็นผู้เอาประกัน _____ วันที่ลงชื่อ _____