

รายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกันภัย (APPLICANT INFORMATION)

ชื่อ-นามสกุล (Full Name) (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) (MR./MISS/MRS./Other) _____
 เพศ (Gender) ชาย (Male) หญิง (Female) เบอร์โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.) _____
 เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card No./Passport No.) _____
 รหัสประจำตัวผู้เสียภาษีกรณีชาวต่างชาติ (Federal tax Identification number for non-Thai citizen) _____
 น้ำหนัก (Weight)..... กก. (Kg) ส่วนสูง (Height)..... ซม. (Cm) วันเดือนปีเกิด Date of Birth (DD/MM/YYYY) ____/____/____ อายุ (Age)..... ปี (Yr)
 อาชีพ (Occupation)..... ตำแหน่ง/ลักษณะงาน (Job Position / Details).....

ที่อยู่ปัจจุบัน (Contact Address).....

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary Name)..... อายุ (Age)..... ปี (Yr)
 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (Relationship with Insured).....
 ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (Beneficiary Name)..... อายุ (Age)..... ปี (Yr)
 ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย (Relationship with Insured).....

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (Insurance Period)

วันที่กรมธรรม์ประกันภัยเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง คือหลังจากผ่านกระบวนการรับประกันของบริษัทฯ (Effective date is subjected to underwriting process)
 สิ้นสุดวันที่ (Expiry Date) ตามเงื่อนไขบริษัทฯ เวลา (time) at 16.30 น. (กรมธรรม์ประกันภัยนี้ จะต่ออายุโดยอัตโนมัติหากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน
 การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย) (The policy will be automatically renewed when premium is paid within grace period.
 The policy can be terminated according to the standard terms and conditions)

แบบประกันภัย/ความคุ้มครอง (Insurance Package / Coverage)..... ประกันภัยสุขภาพยูนิเวอร์แซล ซีรีส์
 แผน (Plan)..... แอลเอ็มจีแอสปีเฮลท์ 15,000

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ (Insurance Premium)..... 15,000 บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่ม)
 THB (Including Tax and Stamp Duty)

วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย (Insurance Premium Method of payment).....

ประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้
 (Insured's health declaration : Please check ✓ the appropriate box)

	ไม่มี / ไม่มีเลข No	มี / เคย Yes
1. ท่านมีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือประกันภัยชดเชยรายได้รายวัน กับบริษัทอื่นหรือไม่ (Do you have any health, life, accident or hospital income benefits insurance with other Insurers?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย เพิ่มเงื่อนไข หรือยกเลิกประกันภัยสุขภาพหรือไม่ (Have you ever been declined, increased/loaded premium, accepted on special terms or been nullified for health insurance?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ (Have you ever undergone a surgical procedure or investigative nature or hospitalized or had a major accident in the last 5 years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ท่านเคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ (Have you ever been advised to have a surgical operation or further investigations which had not been performed?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์ทรวงอก เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจและการตรวจอื่นๆ หรือไม่ (In the past 5 years, have you ever been diagnosed/investigated with Chest X-Ray, CT scan, MRI, Pathology from a Biopsy, Ultrasound, and Electrocardiogram or others?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้
(Insured's health declaration : Please check ✓ the appropriate box)

ไม่มี /
ไม่มีเลย
No

มี / เคย
Yes

6. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการผิดปกติ หรือโรคต่างๆ ตามรายละเอียดด้านล่างนี้หรือไม่ (Have you ever had or currently have symptoms/diseases as the following details?)

6.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทบปอด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสอาร์เอสวี วัณโรค โอลิเจนเลือด จุดที่ปอด มะเร็งปอด และอื่นๆ ถ้ามี (Respiratory Tract problems such as Chronic Bronchitis, Pneumonia, COPD, Asthma, Respiratory Syncytial Virus(RSV), Tuberculosis(TB), Hemoptysis, Lung Nodule, Lung Cancer or others)

6.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจโต ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และอื่นๆ ถ้ามี (Heart Problems such as Palpitations, Arrhythmias, Cardiomegaly, Congestive Heart Failure, Coronary Artery Disease(CAD), Congenital Heart Disease or others)

6.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคเส้นประสาทที่ข้อมือ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ กระดูกสันหลังคดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ปวดหลังเรื้อรังโรคกระดูกพรุน และอื่นๆ ถ้ามี (Musculoskeletal problems such as Carpal Tunnel Syndrome, Chronic Arthritis, Gout, Rheumatoid Arthritis, Scoliosis, Spondylosis, Herniated Disc, Severe Back pain, Osteoporosis or others)

6.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง โรคแผลในกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อยภาวะลำไส้แปรปรวน โรคกรดไหลย้อน เลือดออกในทางเดินอาหารลำไส้เลื่อน ขัดขวางทางเดินอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น (Gastrointestinal tract problems such as Chronic Gastritis, Gastric Ulcer, Dyspepsia, Irritated Bowel Syndrome, Gastroesophageal Reflux Disease(GERD) Gastrointestinal Hemorrhage, Hernia, Hemorrhoid, Colon Cancer or others)

6.5 ต่อมต่างๆโต มีสิ่งเนื้อ ก้อนไขมัน ก้อนถุงน้ำหรือซิสต์ ก้อนเนื้อจากรัศมี ก้อนเนื้อร้ายหรือมะเร็ง และอื่นๆ ถ้ามี (Enlarged glands, Polyps, Lipoma, Cysts, Tumor, Cancer or others)

6.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับตา หู คอ จมูก เช่นต้อกระจก ต้อหิน ภาวะที่มีการอักเสบของหูชั้นกลาง ไซนัสอักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ เนื้องอกของสายเสียง โรคหูตึงหูอักเสบและอื่นๆ ถ้ามี (Any problems about Eyes, Ears, Noses or Throat such as Cataract, Glaucoma, Chronic Otitis Media, Sinusitis, Tonsillitis, Vocal Cord Nodule, Sleep Apnea or others)

6.7 โรคเกี่ยวกับตับ และถุงน้ำดี เช่น โรคถุงน้ำดีอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี ตับอักเสบชนิดเอ หรือ บี ไขมันที่ตับ ตับแข็ง มะเร็งตับ และอื่นๆ ถ้ามี (Liver and Gall bladder problems such as Cholecystitis, Gallstones, Hepatitis A or B, Fatty Liver, Cirrhosis, Liver Cancer or others)

6.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ เช่นโรคหนองใน โรคเริมที่อวัยวะเพศ โรคซิฟิลิส ติดเชื้อ HIV โรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก และอื่นๆ ถ้ามี (Reproductive system diseases such as Gonorrhea, Genital Herpes, Syphilis, HIV, Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), Prostate Cancer or others)

6.9 ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในไต ปัสสาวะลำบาก กรวยไตอักเสบ โรคไตเรื้อรัง กลุ่มอาการโรคไต ปัสสาวะเป็นเลือดและอื่นๆ ถ้ามี (Urinary Tract Disorders such as Renal Stone, Dysuria, Pyelonephritis, Chronic Kidney Disease(CKD), Nephrotic Syndrome(NS), Hematuria, or others)

6.10 ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคธาลัสซีเมีย โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก โรคแพ้ภูมิตัวเองในภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคทุ่มพวงโรคแพ้ภูมิตัวเอง และอื่นๆ ถ้ามี (Circulatory and Hematology Disorders such as Hypertension, Anemia, Thalassemia, Idiopathic thrombocytopenic purpura(ITP), G6PD Deficiency, Non-Hodgkin Lymphoma, Leukemia, Systemic Lupus Erythematosus (SLE) or others)

6.11 ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ และอื่นๆ ถ้ามี (Endocrine Disorders such as Diabetes Mellitus, Hyperthyroidism, Hypothyroidism or others)

6.12 ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง เช่น โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเมย์ไมเกรน ปวดศีรษะเรื้อรัง เนื้องอกในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ความจำเสื่อม และอื่นๆ ถ้ามี (Brain and Nervous system disorders such as Epilepsy, Cerebral Aneurysm, Myasthenia Gravis(MG), Migraine, Chronic Headache, Brain Tumor, Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer, Autistic or others)

6.13 อาการผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคนอนไม่หลับ อาการประสาทหลอน ภาวะย้ำคิดย้ำทำ โรคจิตเภท การพยายามฆ่าตัวตาย และอื่นๆ ถ้ามี (Mental Disorder such as Bipolar, Anxiety Disorder, Depressive Disorder, Insomnia, Hallucination, Obsessive-Compulsive Disorder(OCP), Schizophrenia, Attempted Suicide or others)

7. นอกจากข้อ 6 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่ (Apart from item 6, are you currently injured or sick?)

8. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่ (Are you currently taking any medication or undergoing any treatment regularly?)

9. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ หรือไม่? (Do you currently smoke cigarettes?)

ไม่สูบบุหรี่ (No) สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน (Yes, less than 20 cigarettes per day)

สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันเป็นเวลา (Yes, more than 20 cigarettes per day for)ปี (years)

หากเลิกสูบแล้ว เลิกสูบเมื่อ (If quitted, when?) กรุณาระบุสาเหตุที่เลิก (please provide reason)

10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ (Do you drink alcohol?) ไม่ดื่ม (No) ดื่ม (Yes)

ถ้าใช่ โปรดระบุ ชนิด (If yes, please specify) สุรา (Whiskey) เบียร์ (Beer) ไวน์ (Wine) อื่นๆ (Other).....

ปริมาณ ครั้งละ (Amount per time).....เฉลี่ย (Average frequency).....ครั้ง / สัปดาห์ (times/week)

อื่นๆ (Other)

11. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์เพศหญิง การตั้งครรภ์ หรือโรคแทรกซ้อนหรือไม่ เช่น ก้อนที่เต้านม โรคลูกน้ำรังไข่ เยื่อหุ้มตลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก มะเร็งปากมดลูก ปวดประจำเดือน ถ้าใช่ โปรดระบุ (In the past 5 years, have you ever had any Breasts problems, Gynecological problems or Pregnancy-related disease or complications?, Such as Breasts mass/cyst/tumor, Ovarian Cyst, Endometriosis, Myoma Uteri, Cervix Cancer, Dysmenorrhea, if yes, please specify.)

12. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าใช่โปรดระบุอายุครรภ์
Are you pregnant? If yes, please specify Gestational age..... เดือน (Months)

การขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมาย (Tax deduction scheme)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะขอใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ / Would you like to apply for tax deduction scheme?

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรกำหนด / และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
Yes, I agree that LMG Insurance may collect, use and disclose the information to Revenue Department. For non-Thai citizen, please specify the federal tax identification number (13 digits)

ไม่มีความประสงค์ / No

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเบี้ยประกันภัยที่บริษัทฯ ได้เสนอมานั้น ได้เสนอโดยยึดถือว่าข้าพเจ้าและครอบครัวของข้าพเจ้าทำนกอาศัยประจำอยู่ในประเทศไทย หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือองค์กรอื่นใด ที่มีการบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ (All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and I understand that the company, believing them to be such, will rely on them. I further understand that the premiums quoted above, or elsewhere, unless otherwise advised by LMG Insurance, are quoted in respect of me and my family being resident in Thailand. I do hereby appoint LMG Insurance as the Attorney-in-face to request copies or any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, healthcare provider, or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original. I understand that this insurance will not commence until the company has approved my application.)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย (I agree that LMG Insurance may collect, use, and disclose my information to the Office of Insurance Commission for the purpose of insurance system governance.)

ลายมือชื่อ (Signature).....
(.....)

ผู้เอาประกันภัย (Insured)

วัน เดือน ปี (Date).....

ลายมือชื่อ (Signature).....
(.....)

ผู้กระทำการแทน (Authorize Person)

กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร เท่านั้น
(Authorize person must be Parent/ Spouse/ Child only)
โปรดระบุความสัมพันธ์ (Please specify relationship to Insured personal)

วัน เดือน ปี (Date).....

หมายเหตุ : หากผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองลงชื่อด้วย

(Remark: If applicant age under 20 years old, guardian must Co-sign)

ตัวแทนประกันวินาศภัย (Agent) นายหน้าประกันวินาศภัย (Broker) โบอนุญาตเลขที่ (License number)

คำเตือนโดยสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) WARNING BY Office of Insurance Commission
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 (The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment or misrepresentation of the truth may result in the insurance company refusing to honor insurance claims, as per clause 865 of the Civil and Commercial Code.)

