

PROPOSAL FORM / ใบคำขอประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ

Please complete both sides of this form in BLOCK CAPITALS and return it to your **Agent**

or to NSI Health Care, Room 1404, 14th Fl., Liberty Square,

287 Silom Rd., Bangkok 10500. Tel:631-1582-4 Fax:631-1580. Website:http://www.nsihc.com, E-mail:srisaard@nsihc.com

กรุณากรอกใบคำขอนี้ทั้ง 2 หน้า ด้วยตัวบรรจง และส่งมาที่ เอ็น เอส ไอ เฮลท์ แคร์, ห้อง 1404, ชั้น 14 อาคารลิเบอร์ตีสแควร์,

287 ถนนสีลม กรุงเทพฯ 10500. โทร 631-1582-4 โทรสาร 631-1580 Website:http://www.nsihc.com, E-mail:Panya@nsihc.com

Name of Policy Holder: (Name in English)

ผู้ถือกรมธรรม์

(ชื่อภาษาไทย)

Home Address:

ที่อยู่ (บ้าน)

Tel/โทร:

E-mail

Mailing Address:

สถานที่ติดต่อ

Tel/โทร:

Fax/โทรสาร

Proposed insured(s) (English)	ชื่อผู้เอาประกันภัย (ไทย)	Sex เพศ	Date of birth (D/M/Y) ว/ด/ปีเกิด	Relationship To Pol. Holder ความสัมพันธ์กับ ผู้ถือกรมธรรม์	Inpatient Premium เบี้ยคนไข้ ใน	Outpatient Premium เบี้ยคนไข้ นอก	Expander Premium เบี้ยขยาย ความคุ้มครอง	Total Premium เบี้ยรวม
Total Premium for this Policy / เบี้ยประกันรวม								

I enclose my cheque for ฿ _____ Payable to "Nam Seng Insurance PCL" / transferred to Thai Farmers Bank (Luang Suan Branch)
Saving A/C # 082-2-50333-0

ข้าพเจ้าได้ส่งเช็คจำนวนเงิน _____ บาท สั่งจ่าย "บริษัท นำสินประกันภัย จำกัด (มหาชน)" / โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกสิกรไทย
สาขาหลังสวน เลขที่ 082-2-50333-0 มาพร้อมใบคำขอนี้แล้ว

1. Do any of the proposed applicants have health, life or accident insurance with other insurance companies? If yes, please provide benefits details. ผู้ขอเอาประกันได้ทำประกันสุขภาพ ชีวิตหรืออุบัติเหตุไว้กับบริษัทอื่นหรือไม่? ถ้าใช่กรุณาให้รายละเอียดผลประโยชน์ความคุ้มครอง
() No/ไม่ () Yes/ใช่

2. Has any proposed insured ever had a request for life, health, accident insurance rejected, restricted or cancelled by another insurance company? If yes, please give details. ผู้ขอเอาประกันเคยถูกปฏิเสธ เพิ่มเงื่อนไขหรือยกเลิกประกันชีวิต สุขภาพ อุบัติเหตุจากบริษัทอื่นหรือไม่?
() No/ไม่ () Yes/ใช่

3. Has any proposed insured undergone an operation, or been hospitalized or had an accident in the last 7 years? If yes, please list Names of persons and reasons for treatment, and dates. ในระยะเวลา 7 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันเคยได้รับการผ่าตัด หรือเข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ในโรงพยาบาล หรือได้รับอุบัติเหตุหรือไม่?
() No/ไม่ () Yes/ใช่

4. During the last 5 years, have any of the proposed applicants suffered from disease, injury, or medical condition such as but not necessarily limited to the following. (The Policy Holder can answer all questions on behalf of each proposed insured.) ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาผู้ขอเอาประกันเคยเจ็บป่วย ได้รับความเจ็บ หรือมีอาการของโรคต่อไปนี้หรือไม่? (ผู้ถือกรมธรรม์สามารถตอบคำถามทั้งหมดแทนผู้ขอเอาประกันแต่ละคน)

Yes ใช่	No ไม่	Condition/illness ประวัติการเจ็บป่วย	Proposed Insured(s) ชื่อผู้ขอเอาประกัน	Yes ใช่	No ไม่	Condition/illness ประวัติการเจ็บป่วย	Proposed Insured(s) ชื่อผู้ขอเอาประกัน
		Psychiatric illness or nervous disorders โรคจิตหรือโรคประสาท				Hypertension (High blood pressure) / โรคความดันสูง	
		Eye disorder / ความผิดปกติของตา				Low blood pressure or anemia โรคความดันต่ำหรือโลหิตจาง	
		Lung or respiratory disorder ความผิดปกติของปอดหรือระบบการหายใจ				Disorders of blood or vessels ความผิดปกติของเลือดหรือเส้นเลือด	
		Ear, nose, and throat disorders ความผิดปกติของหู คอ จมูก				Disorders of bone, joint, muscle ความผิดปกติของกระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ	
		Disorder of stomach, or intestine โรคกระเพาะหรือลำไส้				Skin, hair or nail disorder ความผิดปกติของผิวหนัง ผม เล็บ	
		Chronic constipation/bloody stool อาการท้องผูกเรื้อรัง/ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด				Cancer, lymphoma or carcinoma / โรคมะเร็ง	
		Prostate disease/urinary disorder โรคต่อมลูกหมาก/ทางเดินปัสสาวะ				Non malignant lump / ก้อนเนื้ออกที่ไม่ร้ายแรง	
		Disease/disorder of reproductive organs โรคความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์				Bodily deformity / ความพิการของร่างกาย	
		Liver disease or condition / โรคหรืออาการของตับ				Acquired immune deficiency syndrome (AIDS/HIV) โรคเอดส์ / เอช ไอ วี	
		Kidney or Bladder disease or condition / โรคไต				For women only:- / เฉพาะสตรี:-	
		High cholesterol or triglycerides / ไขมันในเลือดสูง				Have you had any of the following:- ท่านเคยป่วยด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่ ?	
		Allergy / โรคภูมิแพ้				Breast disorder / โรคของเต้านม	
		Thyroid disorder / โรคไทรอยด์				Disease of uterus, ovaries, tubes or cervix โรคเกี่ยวกับมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่	
		Gout / โรคเก๊าต์				Menstrual disorder / ความผิดปกติของประจำเดือน	
		Heart or Valve disorder ความผิดปกติของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ				Child birth / คลอดบุตร	
		Diabetes / โรคเบาหวาน				Other (Please specify)	
		Epilepsy / โรคลมบ้าหมู				อื่น ๆ (กรุณาระบุด้วย)	

If you answer "Yes" please give complete details. (Attached details if necessary) ถ้าท่านตอบใช่ กรุณาให้รายละเอียด

Please state the name of the physician, hospital or clinic together with addresses which the applicant or persons covered uses regularly.

กรุณาระบุชื่อแพทย์ โรงพยาบาล หรือคลินิก พร้อมที่อยู่ ซึ่งผู้ขอเอาประกันใช้บริการเป็นประจำ

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, do hereby, appoint Nam Seng Insurance Public Co., Ltd. as the Attorney-in-face to request copies or any kind of information regarding my health records or health condition from any physician, health care provider, or any organization on my behalf until completion. A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท นำสินประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข้อมูลหรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเองสำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

Signature of Applicant (Policy Holder)

Date

WARNING BY INSURANCE DEPARTMENT, MINISTRY OF COMMERCE

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. If you have any queries regarding this insurance Policy, please contact the Office of the Insurance Commissioner.

ผู้เอาประกันกึ่งกรุณาตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้จากกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

BROKER / AGENT NAME / CODE:

GERBER THOMAS

(Underwriting Notes etc.)

trina@loxinfo.co.th