

CIGNA GLOBAL HEALTH THAILAND

**ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัย
สุขภาพนานาชาติส่วนบุคคล**

**Global Individual Private Medical Insurance
Policy Application Form**

สวัสดี

HELLO

เรายินดีที่คุณอยากให้เราดูแล

We're glad you would like to join us.

Together, all the way.SM



ส่วนที่ 1

SECTION 1

| | | | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|
| เลขที่ใบคำขอ Application Number | | | | | |
| ชื่อผลิตภัณฑ์ Product Name | | Cigna Global Health Thailand | | | |
| แผนประกันภัย Insurance Plan | แผนประกันสุขภาพระดับซิลเวอร์ Silver Health | | แผนประกันสุขภาพระดับโกลด์ Gold Health | | แผนประกันสุขภาพระดับแพลทตินัม Platinum Health |

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย INSURED INFORMATION

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| คำนำหน้าชื่อ Title | ชื่อ First Name | ชื่อย่อกลาง Middle Name | นามสกุล Surname | | |
| เพศ Gender | วันเกิด (วัน/เดือน/ปี) Date of birth (DD/MM/YYYY) | อายุ Age | น้ำหนัก Weight (kg) | ส่วนสูง Height (cm) | |
| หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง ID/Passport Number | | สัญชาติ Nationality | ประเทศถิ่นที่อยู่ Country of residence | | |
| อาชีพ Occupation | | | | | |
| ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address | | | | | |
| ที่อยู่เพื่อการติดต่อ (โปรดระบุ ถ้าไม่ใช่ที่อยู่ปัจจุบัน) Correspondence Address (Please specify, if not Current Address) | | | | | |
| เบอร์โทรศัพท์ (รหัสประเทศ - เบอร์) Telephone Number (Country code - Number) | | | เบอร์แฟกซ์ (รหัสประเทศ - เบอร์) Fax Number (Country code - Number) | | |
| เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ (รหัสประเทศ - เบอร์) Mobile phone Number (Country code - Number) | | | | | |
| อีเมล Email | | | | | |
| คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ Have you smoked, or used tobacco or nicotine replacement products in the last 12 months? | | | | ใช่ Yes | ไม่ใช่ No |
| ถ้าคุณตอบใช่ คุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน? If yes, how many per day? | | น้อยกว่า 20 Less than 20 | มากกว่า 20 More than 20 | | |

ผู้รับประโยชน์ หมายถึง บุคคลซึ่งมีสิทธิที่จะได้รับผลประโยชน์การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจากบริษัท ตามที่ผู้เอาประกันภัยระบุในใบคำขอเอาประกันภัยนี้
Beneficiary means the persons who are eligible to receive the Accidental Death or Total Permanent Disability monetary amount from the Company, as declared by the Insured / any Dependents if applicable in the relevant sections of this Application Form.

สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์จะต้องไม่เกิน 100 เปอร์เซ็นต์
The Beneficiary proportion must total up to 100%.

| | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------|
| ผู้รับประโยชน์ 1 Beneficiary 1 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Insured |
| ผู้รับประโยชน์ 2 Beneficiary 2 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Insured |
| ผู้รับประโยชน์ 3 Beneficiary 3 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to the Insured |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| การจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัย Insurance Policy Delivery | ทางอิเล็กทรอนิกส์ By Email (as specified above) | ทางไปรษณีย์ By Post |
| ที่อยู่ในการจัดส่งทางไปรษณีย์ Mailing address | | |
| ที่อยู่ปัจจุบัน (ตามที่ระบุข้างต้น) Current address (As specified above) | ที่อยู่เพื่อการติดต่อ (ตามที่ระบุข้างต้น) Correspondence address (As specified above) | |
| ที่อยู่อื่น โปรดระบุ Other address, please specify | | |

ข้อมูลผู้อยู่ในอุปการะ 1*

DEPENDENT 1 INFORMATION*

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
| คำนำหน้าชื่อ Title | ชื่อ First Name | ชื่อกลาง Middle Name | นามสกุล Surname |
| เพศ Gender | วันเกิด (วัน/เดือน/ปี) Date of birth (DD/MM/YYYY) | อายุ Age | น้ำหนัก Weight (kg) |
| หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง ID/Passport Number | สัญชาติ Nationality | ประเทศถิ่นที่อยู่ Country of residence | |
| อาชีพ Occupation | | | |
| คุณสูบบุหรี่ หรือยาสูบ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ Have you smoked, or used tobacco or nicotine replacement products in the last 12 months? | | | ใช่ Yes |
| ถ้าคุณตอบใช่ คุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน? If yes, how many per day? | | | น้อยกว่า 20 Less than 20 |
| ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน Relationship to the Insured | | | มากกว่า 20 More than 20 |

ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์ได้รับเงินตายจากอุบัติเหตุหรือจำนวนเงินทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก บริษัท :

สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์จะต้องไม่เกิน 100 เปอร์เซ็นต์

Beneficiaries eligible to receive the Accidental Death or Total Permanent Disability monetary amount from the Company:

The Beneficiary proportion must total up to 100%.

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------|
| ผู้รับประโยชน์ 1 Beneficiary 1 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ 1 Relationship to Dependent 1 |
| ผู้รับประโยชน์ 2 Beneficiary 2 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ 1 Relationship to Dependent 1 |
| ผู้รับประโยชน์ 3 Beneficiary 3 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ 1 Relationship to Dependent 1 |

ข้อมูลผู้อยู่ในอุปการะ 2*

DEPENDENT 2 INFORMATION*

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
| คำนำหน้าชื่อ Title | ชื่อ First Name | ชื่อกลาง Middle Name | นามสกุล Surname |
| เพศ Gender | วันเกิด (วัน/เดือน/ปี) Date of birth (DD/MM/YYYY) | อายุ Age | น้ำหนัก Weight (kg) |
| หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง ID/Passport Number | สัญชาติ Nationality | ประเทศถิ่นที่อยู่ Country of residence | |
| อาชีพ Occupation | | | |
| คุณสูบบุหรี่ หรือยาสูบ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ Have you smoked, or used tobacco or nicotine replacement products in the last 12 months? | | | ใช่ Yes |
| ถ้าคุณตอบใช่ คุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน? If yes, how many per day? | | | น้อยกว่า 20 Less than 20 |
| ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน Relationship to the Insured | | | มากกว่า 20 More than 20 |

ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์ได้รับเงินตายจากอุบัติเหตุหรือจำนวนเงินทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก บริษัท :

สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์จะต้องไม่เกิน 100 เปอร์เซ็นต์

Beneficiaries eligible to receive the Accidental Death or Total Permanent Disability monetary amount from the Company:

The Beneficiary proportion must total up to 100%.

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------|
| ผู้รับประโยชน์ 1 Beneficiary 1 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ 2 Relationship to Dependent 2 |
| ผู้รับประโยชน์ 2 Beneficiary 2 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ 2 Relationship to Dependent 2 |
| ผู้รับประโยชน์ 3 Beneficiary 3 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ 2 Relationship to Dependent 2 |

ข้อมูลผู้อยู่ในอุปการะ 3*

DEPENDENT 3 INFORMATION*

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
| คำนำหน้าชื่อ Title | ชื่อ First Name | ชื่อกลาง Middle Name | นามสกุล Surname |
| เพศ Gender | วันเกิด (วัน/เดือน/ปี) Date of birth (DD/MM/YYYY) | อายุ Age | น้ำหนัก Weight (kg) |
| หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง ID/Passport Number | สัญชาติ Nationality | ประเทศถิ่นที่อยู่ Country of residence | |
| อาชีพ Occupation | | | |
| คุณสูบบุหรี่ หรือยาสูบ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ Have you smoked, or used tobacco or nicotine replacement products in the last 12 months? | | | ใช่ Yes |
| ถ้าคุณตอบใช่ คุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน? If yes, how many per day? | | | น้อยกว่า 20 Less than 20 |
| ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน Relationship to the Insured | | | มากกว่า 20 More than 20 |

ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์ได้รับเงินตายจากอุบัติเหตุหรือจำนวนเงินทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก บริษัท :

สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์จะต้องไม่เกิน 100 เปอร์เซ็นต์

**Beneficiaries eligible to receive the Accidental Death or Total Permanent Disability monetary amount from the Company:
The Beneficiary proportion must total up to 100%.**

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------|
| ผู้รับประโยชน์ 1 Beneficiary 1 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ3 Relationship to Dependent 3 |
| ผู้รับประโยชน์ 2 Beneficiary 2 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ3 Relationship to Dependent 3 |
| ผู้รับประโยชน์ 3 Beneficiary 3 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ3 Relationship to Dependent 3 |

ข้อมูลผู้อยู่ในอุปการะ 4*

DEPENDENT 4 INFORMATION*

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
| คำนำหน้าชื่อ Title | ชื่อ First Name | ชื่อกลาง Middle Name | นามสกุล Surname |
| เพศ Gender | วันเกิด (วัน/เดือน/ปี) Date of birth (DD/MM/YYYY) | อายุ Age | น้ำหนัก Weight (kg) |
| หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง ID/Passport Number | สัญชาติ Nationality | ประเทศถิ่นที่อยู่ Country of residence | |
| อาชีพ Occupation | | | |
| คุณสูบบุหรี่ หรือยาสูบ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ Have you smoked, or used tobacco or nicotine replacement products in the last 12 months? | | | ใช่ Yes |
| ถ้าคุณตอบใช่ คุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน? If yes, how many per day? | | | น้อยกว่า 20 Less than 20 |
| ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน Relationship to the Insured | | | มากกว่า 20 More than 20 |

ผู้รับผลประโยชน์ที่มีสิทธิ์ได้รับเงินตายจากอุบัติเหตุหรือจำนวนเงินทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจาก บริษัท :

สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์จะต้องไม่เกิน 100 เปอร์เซ็นต์

**Beneficiaries eligible to receive the Accidental Death or Total Permanent Disability monetary amount from the Company:
The Beneficiary proportion must total up to 100%.**

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------|
| ผู้รับประโยชน์ 1 Beneficiary 1 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ4 Relationship to Dependent 4 |
| ผู้รับประโยชน์ 2 Beneficiary 2 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ4 Relationship to Dependent 4 |
| ผู้รับประโยชน์ 3 Beneficiary 3 | สัดส่วนผู้รับผลประโยชน์ Beneficiary proportion | % | ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในอุปการะ4 Relationship to Dependent 4 |

* บุตรผู้อยู่ในอุปการะของผู้เอาประกันหรือของคู่สมรสที่มีอายุเกินยี่สิบ (20) ปี ไม่มีสิทธิ์เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเดียวกันกับบิดามารดา จะต้องสมัครขอเอาประกันภัยแยกต่างหากสำหรับกรมธรรม์ประกันภัยของตนเอง

* Any dependent children of the Insured or of the Spouse of the Insured over the age of twenty (20) years old will not be eligible to be included under the parent(s) policy and will need to apply separately for their own policy.

ส่วนที่ 2: ความคุ้มครองที่เลือก

SECTION 2: COVER SELECTION DETAILS

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| วันเริ่มต้นความคุ้มครอง (วัน/เดือน/ปี) Cover start date (DD/MM/YYYY) | | | |
| เลือกอาณาเขตความคุ้มครอง Select your territory cover | ทั่วโลก Worldwide | ทั่วโลกยกเว้นสหรัฐอเมริกา Worldwide excluding USA | เอเชีย ยกเว้น จีน ฮองกง สิงคโปร์ Asia, excluding China, Hong Kong and Singapore |

| การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยระหว่างวัน INPATIENT AND DAYPATIENT MEDICAL TREATMENT | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|--|
| เลือกจำนวนเงินความรับผิดส่วนแรก Choose your deductible | | | | | | | |
| ฿0 | ฿12,500 | ฿25,000 | ฿50,000 | ฿100,000 | ฿250,000 | ฿330,000 | |
| เลือกเปอร์เซ็นต์ค่าใช้จ่ายรวม Then, select your cost share percentage | | | 0% | 10% | 20% | 30% | |
| เลือกจำนวนเงินค่าใช้จ่ายรวมสูงสุด Choose your out of pocket maximum | | | | | ฿66,000 | ฿165,000 | |

| ความคุ้มครองเพิ่มเติม OPTIONAL BENEFITS | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|----------------|--------------------------------------------|---------|----------|--|
| คุณต้องการความคุ้มครองเพิ่มเติมดังต่อไปนี้หรือไม่ Do you wish to upgrade you plan with any of the following options: | | | | | | | |
| การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก Outpatient Medical Treatment | ต้องการ Yes | ไม่ต้องการ No | | | | | |
| เลือกจำนวนเงินความรับผิดส่วนแรก Choose your deductible | ฿0 | ฿5,000 | ฿16,500 | ฿33,000 | ฿50,000 | | |
| เลือกเปอร์เซ็นต์ค่าใช้จ่ายรวม Then, select your cost share percentage | 0% | | 10% | 20% | 30% | | |
| เลือกจำนวนเงินค่าใช้จ่ายรวมสูงสุด Choose your out of pocket maximum | | | | | | ฿100,000 | |
| มารดาและทารก Mother and Baby Care | ต้องการ Yes | ไม่ต้องการ No | สำหรับ For: | | | | |
| | | | | ผู้เอาประกันภัย Insured | | | |
| | | | | ผู้อยู่ในอุปการะลำดับที่ Dependent name | | | |
| เลือกเปอร์เซ็นต์ค่าใช้จ่ายรวม Select your cost share percentage | 0% | | 10% | 20% | 30% | | |
| การให้บริการระหว่างประเทศในกรณีฉุกเฉิน Medical Evacuation and Repatriation | ต้องการ Yes | ไม่ต้องการ No | | | | | |
| การดูแลสุขภาพ Health and Wellbeing | ต้องการ Yes | ไม่ต้องการ No | | | | | |
| การรักษาสายตาและทันตกรรม Vision and Dental | ต้องการ Yes | ไม่ต้องการ No | | | | | |

ส่วนที่ 3: คำถามสุขภาพ

SECTION 3: HEALTH QUESTIONNAIRE

กรุณาแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ในอดีตและปัจจุบันของผู้ขอเอาประกันภัยทุกรายที่ต้องการความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้บริษัททราบ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพทางการแพทย์ การรักษา หรือการไต่ยา และสภาพทางการแพทย์ที่สำคัญต่างๆ ทั้งที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง หรือ การได้รับคำแนะนำให้ตรวจรักษาซ้ำ

หากผู้ขอเอาประกันภัยรายใดไม่ได้แจ้งข้อมูลซึ่งมีเหตุให้เชื่อว่าเป็นสภาพที่เป็นมาก่อนวันเริ่มต้นของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ (ไม่ว่าจะเป็นสภาพที่เป็นมาก่อน หรือ อาการ หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์) จะส่งผลให้บริษัทลดจำนวนเงินสินไหมชดเชยสำหรับรายการเรียกร้องสินไหมทดแทนนั้นๆ บริษัทอาจทำการติดต่อผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยมีข้อสงสัย กรุณาสอบถามบริษัทเพื่อความถูกต้องในการตอบคำถาม หากท่านตอบ “ใช่” ในคำถามด้านล่างข้อใด กรุณาระบุรายละเอียดการวินิจฉัย อาการ การทดสอบวินิจฉัยใดๆ ระยะทางพยาธิวิทยา การผ่าตัด การรักษา การให้ยา รวมถึง วันที่ทำการตรวจรักษา ผ่าตัด การสูบบุหรี่ ปรึกษา วันสุดท้ายที่ทำการรักษา ปรึกษา เกี่ยวกับอาการดังกล่าว และสถานะของอาการในปัจจุบัน และชื่อของผู้ขอเอาประกันที่ตอบ “ใช่” ในคำถามข้อนั้น

Please tell us about past and present medical history for all applicants to be covered under this Policy. Please note - we require you to disclose every aspect of the medical history for all applicants. This includes telling us about any changes to any medical conditions, treatment or medication or any outstanding, ongoing or repeat medical tests that have been suggested.

If any applicant fails to inform us about a condition which we reasonably believe to have existed prior to the Policy initial start date (whether the condition was already present, the applicant had symptoms, or taken advice from a medical practitioner); this could (subject to local law and regulation) result in us reducing the amount of any claims payment which the applicant is due or in refusing to pay a claim or claims related to such condition altogether.

Once this application has been submitted we may need to contact the applicant for further information before we can finalise the cover. If any applicants needs help completing this application, please contact us. If the applicant is unsure about the answer to any question, the applicant should make the enquiries necessary to allow an accurate answer to be provided.

If you answer “Yes” to any of the questions below, please specify in detail the diagnosis, symptoms, any diagnostic tests, pathology staging if appropriate, surgery, treatment and medication. Also the dates of diagnosis, surgery, investigations, treatments, medication and consultations, the date of last symptoms/consultation/treatment, the current status, and the name of applicant who answers “Yes” to the question.

มีผู้ขอเอาประกันรายใดได้รับการรักษา ทดสอบ หรือตรวจเช็ค หรือเคยได้รับการวินิจฉัย หรือมีสัญญาณ หรืออาการ ของ:

Has any applicant received treatment, tests or investigations for or been diagnosed with, or had any signs or symptoms of:

| | | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|-----------|--|
| 1 | มะเร็งชนิดใดๆ เนื้องอก หรือภาวะการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ รวมถึง ตึงเนื้อ ซีสต์ ก้อนเนื้อในเต้านม ไฝ หรือการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของอวัยวะใดๆ Any type of cancer, such as, but not limited to: tumor or growth including polyps, cysts, breast lumps, moles or any benign growth. | | | | |
| 2 | ความผิดปกติใดๆ ของหัวใจ หรือการไหลเวียนโลหิต เช่น ปวดหน้าอก หัวใจวาย ความดันโลหิตสูง คลอเลสเตอรอลสูง โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ หลอดเลือดโป่งพอง เสียงฟู่ของหัวใจ (heart murmur) ลิ้มเลือด หรือ โรคที่เกิดจากลิ้มเลือดอุดตัน Any heart or circulatory disorders such as, but not limited to: chest pain, heart attack, high blood pressure, high cholesterol, vascular disease, coronary artery disease, angina, irregular heartbeat, aneurysm, heart murmur, blood clot or thrombosis. | | | | |
| 3 | โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก ความผิดปกติของสมอง หรือระบบประสาท เช่น ไมเกรน หรือปวดศีรษะ สมองเสื่อม พาร์กินสัน อัลไซเมอร์ โรคเอ็มเอส (MS) หรือโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (โรคที่เกิดจากการอักเสบของปลอกประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง) เส้นประสาทผิดปกติ Stroke, epilepsy, brain or neurological disorders such as, but not limited to: migraines or headaches, dementia, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, multiple sclerosis, nerve disorders. | | | | |
| 4 | ความผิดปกติใดๆ ของตับ ไต หรือเลือด เช่น ไชมันพอกตับ นิ่วในไต ตับอักเสบ โลหิตจาง เอชไอวี หรือ เอ็ดส์ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ Any liver, kidney or blood disorders such as, but not limited to: fatty liver, kidney stones, hepatitis, anaemia, HIV or AIDS, clotting disorders. | | | | |

| | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|-----------|--|
| 5 | <p>ความผิดปกติของการหายใจ หรือระบบทางเดินหายใจ หรือภูมิแพ้ใดๆ หรือปัญหาด้านผิวหนัง เช่น โรคหืดหอบ หลอมลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคผิวหนัง หรือ ผิวหนังอักเสบ</p> <p>Breathing or respiratory disorders, or any allergies or skin conditions such as but not limited to: asthma, bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease, dermatitis or eczema.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 6 | <p>โรคเบาหวาน ภาวะด้านไทรอยด์ต่างๆ ตับอ่อน ถุงน้ำดี หรือ ปัญหาด้านการย่อย เช่น คอพอก, โรคตับอ่อนอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี กรดไหลย้อน โรคลำไส้แปรปรวน (IBS) โรคโครห์น ลำไส้ใหญ่อักเสบ</p> <p>Diabetes, any thyroid conditions, pancreas, gallbladder or digestive problem such as, but not limited to: goiter, pancreatitis, gallstones, acid reflux, irritable bowel syndrome, Crohn's disease, colitis.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 7 | <p>ภาวะใดๆ ของกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น ข้ออักเสบ ปวดข้อ เกาต์ ปวดหลัง เอ็นอักเสบ โรคกระดูกทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ (CTS) ข้อเคล็ด การบาดเจ็บกระดูกและข้อ ข้อแพลง และกล้ามเนื้อฉีก</p> <p>Any musculoskeletal condition such as, but not limited to: arthritis, joint pain, gout, back pain, tendonitis, carpal tunnel syndrome, dislocation, fracture, sprains and strains.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 8 | <p>ภาวะของระบบปัสสาวะ หรือระบบสืบพันธุ์ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ก้อนพัยบรอยด์สในมดลูก ปัญหาเกี่ยวกับกระดู ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะ ต่อมลูกหมากโต และต่อมลูกหมากอักเสบ</p> <p>Urinary, reproductive, gynaecological or genital condition such as, but not limited to: urinary tract infections, fibroids, menstrual problems, testicular problem, enlarged prostate and prostatitis.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 9 | <p>ภาวะด้านสุขภาพจิตใดๆ หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การใช้สารเสพติด เช่น ความกังวล ซึมเศร้า เครียด หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (ไบโพลาร์-bipolar) โรคการกินผิดปกติ</p> <p>Any mental health conditions or alcohol/substance abuse such as, but not limited to: anxiety, depression, stress or bipolar disorder, eating disorders.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 10 | <p>ความผิดปกติใดๆ ของ ตา หู จมูก หรือคอ เช่น ต้อหิน ต้อกระจก จอประสาทตาลอก หูดติดเชื้อ การสูญเสียการได้ยิน โรคเสียงในหู ไชน์สอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ หรือต่อมทอนซิลอักเสบ</p> <p>Any eye, ear, nose or throat disorder such as, but not limited to: glaucoma, cataracts, detached retina, ear infections, hearing loss, tinnitus, sinusitis, rhinitis or tonsillitis.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 11 | <p>ปัญหาเกี่ยวกับฟัน หรือการจัดฟัน เช่น การครอบฟัน สะพานฟัน การฝังรากเทียม ปัญหาฟันกรามซุดที่สาม(ฟันคุด) จัดฟัน ความผิดปกติของเหงือก</p> <p>Any dental or orthodontic issue such as, but not limited to: crowns, bridges, implants, wisdom teeth problems, braces, gum disorders.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 12 | <p>ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้รับการผ่าตัด หรือรับการรักษาทันที ในโรงพยาบาล</p> <p>In the past 5 years has any applicant had any surgical procedure or been admitted to hospital.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|-----------|--|
| 13 | <p>มีความเจ็บป่วย สภาวะ หรืออาการอื่นๆ ที่ยังไม่ได้กล่าวถึง รวมถึงอาการหรือสภาวะความเจ็บป่วยที่รู้หรือสงสัย ไม่ว่าจะได้รับการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ บำบัดรักษา หรือการวินิจฉัยจากแพทย์หรือไม่ก็ตาม ตัวอย่างเช่น ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ การอักเสบ หรือไม่สบายตัว อาการไอสม่ำเสมอหรือเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของไฝ บัสสาวะ หรือ ลำไส้</p> <p>Does anyone have any illness, condition or symptom not already mentioned? Please include details of any known or suspected issues whether or not medical advice has been sought or a diagnosis reached, for example: joint or muscle pain, inflammation or discomfort, recurring or persistent cough, changes to a mole, changes to urinary or bowel frequency.</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 14 | <p>รับประทานยา รับประทานยาใดๆ ผลผลการตรวจ นัดหมายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ คาดว่าจะต้องเข้ารับการรักษา ติดตามผลการตรวจรักษาสำหรับความเจ็บป่วยปัจจุบันและความเจ็บป่วยในอดีต ซึ่งยังไม่ได้กล่าวถึง</p> <p>Does anyone take any medication, receive treatment of any kind, is currently awaiting any test results, have any daypatient or inpatient hospitalisation scheduled, or expect to have a review or follow up for any current or past medical problem not already mentioned?</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| 15 | <p>อาชีพมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้: งานนอกชายฝั่ง: ดำน้ำ กิจกรรมเกี่ยวกับกีฬา หรือ ศิลปะการแสดง; การเดินเรือ หรือการทำงานในทะเล ทำงานในพื้นที่ประสบภัยพิบัติ พื้นที่โรคระบาด ความขัดแย้ง หรือความไม่สงบ ทำงานในพื้นที่สูงหรือใต้ดิน ทำงานเกี่ยวข้องกับระเบิด หรือเครื่องจักรหนัก ทำงานด้านการป้องกันความปลอดภัย หรือ การบินเครื่องบินขนาดเล็ก</p> <p>Does any applicant's occupation involve any of the following: Off-shore work: diving, sporting activities or performing arts; sailing or time spent at sea; working in areas of natural disaster, medical epidemic, conflict or civil unrest; working at heights or underground; working with explosives or heavy machinery, protection services or flying a small aircraft?</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| <p>หากตอบ "ใช่" ในคำถามข้อ 15 กรุณาแจ้งรายละเอียดของอาชีพ</p> <p>If you answered "Yes" to question 15, please provide details of the occupation.</p> | | | | | |

สำหรับผู้อุปถัมภ์หญิงเท่านั้น
FOR FEMALE APPLICANTS ONLY:

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|-----------|--|
| <p>มีผู้อุปถัมภ์หญิงท่านใดที่กำลังตั้งครรภ์ หรืออยู่ระหว่างการตรวจหรือรักษาภาวะการตั้งครรภ์หรือไม่</p> <p>Is any female applicant currently pregnant or undergoing fertility investigations or treatment?</p> | ใช่/Yes | | ไม่ใช่/No | |
| <p>หากมีผู้อุปถัมภ์หญิงท่านใด กำลังตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งวันกำหนดการคลอดลูก และกรุณาแจ้งว่าผู้อุปถัมภ์หรือลูกมีภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพหรือไม่ ในกรณีที่ผู้อุปถัมภ์หญิงอยู่ระหว่างการตรวจหรือรักษาภาวะการตั้งครรภ์ กรุณาแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม (ในพื้นที่ด้านล่าง)</p> <p>If any female applicant is currently pregnant please confirm the expected due date of the baby and advise if the applicant has any complications relating to the applicant's health or the baby's health. If any female applicant is undergoing fertility investigations or treatment please provide more details (in the space below)</p> | | | | |
| <p>ชื่อ</p> <p>Name</p> | | | | |
| <p>รายละเอียดข้อมูล</p> <p>Information</p> | | | | |

หมายเหตุ: บริษัทจะขอสำเนารายงานการรักษาล่าสุดที่เกี่ยวข้องกับคำถามสุขภาพข้างต้นในกรณีที่ตอบ "ใช่"

Please Note: We will require a copy of the latest medical report for the related condition if any of the medical questions above have been answered "Yes".

ประกาศสำหรับผู้สมัครทุกคน
DECLARATION FOR ALL APPLICANTS

ข้าพเจ้าขอแถลงว่าได้ตอบคำถามทุกข้ออย่างถูกต้อง สัจจริงและครบถ้วน ผู้ได้รับความคุ้มครองแต่ละคนตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้มีหน้าที่ในการตอบคำถามของบริษัทอย่างถูกต้อง สัจจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้ายืนยันและรับรองว่าข้าพเจ้าได้รับความยินยอมจากผู้อยู่ในอุปการะแต่ละคนในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลอื่นๆ ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ให้แก่บริษัท ข้าพเจ้ายืนยันว่าผู้อยู่ในอุปการะแต่ละคนรับทราบถึงหน้าที่ของตนเองในการตอบคำถามอย่างถูกต้อง สัจจริงและครบถ้วน (โปรดทราบว่าคุณกำลังแถลงข้อเท็จจริงข้างต้นในนามของบุคคลอื่น คุณต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บรักษาหลักฐานในการให้ความยินยอมที่คุณให้ไว้ในเอกสารการแถลงข้อเท็จจริงและการให้ความยินยอม)

ในกรณีที่พบว่าข้าพเจ้าหรือผู้อยู่ในอุปการะ ไม่ตอบคำถามทุกข้ออย่างถูกต้องและครบถ้วนอาจส่งผลให้ บริษัท ชิกนา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ลดจำนวนของค่าสินไหมทดแทนตามสัดส่วน ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าการไม่ระมัดระวังโดยเจตนาและ/หรือบิดเบือนความจริงโดยประมาทโดยข้าพเจ้าหรือผู้อยู่ในอุปการะอาจส่งผลให้บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนและสงวนสิทธิ์ไม่คืนเบี้ยประกันภัยใดๆ ที่ได้จ่ายมาแล้ว (เว้นแต่กรณีเป็นค่าเบี้ยประกันภัยที่ไม่เป็นธรรมที่ถูกเก็บไว้) ลดจำนวนค่าสินไหมทดแทน และ/หรือการยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นในแบบฟอร์มใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการและยอมรับว่าใบคำขอเอาประกันภัยนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัย หากข้าพเจ้าหรือผู้อยู่ในอุปการะแถลงเท็จหรือไม่เปิดเผยข้อเท็จจริง ข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี) ยินยอมให้บริษัท ปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี) ขอแต่งตั้งบริษัท ชิกนา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ บุคคลผู้มีอำนาจของบริษัทเป็นบุคคลที่สามารถเรียกขอข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพหรือเงื่อนไขสุขภาพ โรคประจำตัวของข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี) จากแพทย์หรือ ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพหรือบริษัทประกันอื่นหรือองค์กรอื่นๆ หรือบุคคลใดก็ตาม (ผู้ที่มีประวัติสุขภาพหรือเงื่อนไขสุขภาพ โรคประจำตัวหรือผลตรวจในการทดสอบเอชไอวี) ในนามของข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี) จนกว่าจะเสร็จสิ้น ในกรณีที่กฎหมายท้องถิ่นอนุญาต สำหรับข้อคำถามเหล่านี้จะมีผลบังคับใช้และมีผลสมบูรณ์เหมือนต้นฉบับและข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี) เขาใจว่าการปกปิดข้อเท็จจริงอาจทำให้บริษัทปฏิเสธการออกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าได้อ่านอย่างถี่ถ้วนและเข้าใจใบคำขอเอาประกันภัย และยอมรับว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะนำมาใช้เป็นเกณฑ์ของสัญญาประกันภัยของข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี) ยินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้อยู่ในอุปการะ (ถ้ามี) ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I hereby declare that I have answered all questions accurately, honestly and completely. The duty to answer the Company's questions accurately, honestly and completely applies in respect of each person who is covered by this Policy. I warrant and represent that I have the consent of each Dependent to disclose the personal information, including the sensitive personal information (e.g. medical information) contained in this form to the Company. I confirm that each Dependent is aware of their duty to answer the questions accurately, honestly and completely. (Please note that if you are declaring the above on another person's behalf, it is your obligation to keep evidence of the consent you are providing hereto of the actual declarations and consents.)

In the event that it is found that I, or any Dependent (if any), do not answer all questions accurately and completely could result in Cigna reducing the amount of any claims proportionately. I acknowledge and agree that careless, deliberate and/ or reckless misrepresentation by myself or any Dependent (if any), could result in the Company rejecting claims, not returning any premiums paid in (except for where it would be unfair for the premiums to be retained), reducing the amount of any claims paid and/or cancelling the Policy.

I hereby certify that all the above statements in this insurance Application Form are true in all aspects and agreed that, this insurance application is considered a part of this Policy. If I, or any Dependent (if any), give false statement or do not disclose any truth, I, or any Dependent (if any), hereby consent to the Company to deny any claim settlement or terminate the Policy and I, or any Dependent (if any), do hereby, appoint Cigna Insurance Public Company Limited or any person authorised by the Company, as the attorney-in-fact to request any kinds of information of mine and any Dependent (if any), health record or health conditions from any physician or healthcare provider or any insurer or other organisation or any person (who has my health record or health conditions or results of any HIV test) on mine or any Dependent's (if any) behalf until completion. Where local law permits, a photocopy of this statement of authorisation shall be as effective and valid as the original and I, and any Dependent (if any), understand the concealment may cause the Company to deny issuing the Policy.

I hereby confirm that I have carefully read and understood this Application Form and accept that the information provided within this Application Form will be used as the basis of mine and any Dependent's (if any) contract of insurance.

I, and any Dependent (if any), consent Cigna Insurance Public Company Limited who has mine and any Dependent's (if any) medical record to keep, use and disclose to the Office of Insurance Commission for the purpose of insurance business controlling.

ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Does the Insured wish to submit health insurance premium for personal income tax deduction?

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| <p>มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยนี้เป็นคนต่างชาติด (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่</p> <p>Yes, I wish and consent Cigna Insurance Public Company Limited to disclose my insurance premium to the Revenue Department (Thailand) according to the rule and method stipulated by the Revenue Department (Thailand). If the Insured is a non-Thai resident who has responsibility to pay personal income tax according to the tax law, please state the Insured's Tax ID no.</p> | <p>เลขที่ Tax ID no</p> | |
| <p>ไม่มีความประสงค์</p> <p>No</p> | | |

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย
SIGNATURE OF THE INSURED

| | |
|---------------------------------------|--|
| ลายมือชื่อ Signature | |
| ชื่อผู้เอาประกันภัย Applicant Name | |
| วันที่ เดือน ปี Date (DD/MM/YYYY) | |

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน
SIGNATURE OF LAWFUL REPRESENTATIVE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ลายมือชื่อ Signature | |
| ชื่อผู้กระทำการแทน Lawful Representative Name | |
| ผู้กระทำการแทน (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) Lawful Representative (in case where the applicant is a minor) กรณีเป็นผู้กระทำการแทนต้องเป็นเฉพาะ บิดา/มารดา หรือ ผู้ปกครองตามกฎหมายเท่านั้น Lawful Representative must be only Father/Mother or Legal guardian | |
| ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย Relationship to applicant | |
| วันที่ เดือน ปี Date (DD/MM/YYYY) | |

หมายเหตุ หากผู้เอาประกันภัยอายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้กระทำการแทนต้องลงลายมือชื่อในใบคำขอเอาประกันภัย

Remark: If the applicant's age is under 20 years old, the Lawful Representative must sign the insurance application.

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การไม่เปิดเผยข้อเท็จจริงใด ๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยและ/หรือใช้สิทธิ์บอกกลางสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

REMINDER OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

The applicant must truthfully answer all the questions. Any concealment or misrepresentation of the truth will result in this insurance contract becoming voidable and may result in the insurance Company refusing to honour insurance claims, as per Section 865 of the Civil and Commercial Code.

คำเตือนการทุจริต
FRAUD NOTICE

บุคคลใดก็ตามทำการทุจริตเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง หรือทำความเสียหายให้กับผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียหรือเสียหายโดยการ (1) สมัครเอาประกันภัย หรือทำการเรียกร้องค่าสินไหมภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย ด้วยข้อมูลอันเป็นเท็จหรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง หรือ (2) สมัครเอาประกันภัย หรือทำการเรียกร้องค่าสินไหมภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยด้วยความไม่สุจริตเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง หรือทำความเสียหายให้กับผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียหรือเสียหาย ไม่เปิดเผยข้อมูลตามที่ถูกละเมิดในการกระทำทุจริต บริษัทจะทำการตรวจสอบการเรียกร้องค่าสินไหม หรือใบคำขอเอาประกันภัยในกรณีที่บริษัทเชื่อว่ามีทุจริต การทุจริตส่งผลให้กรมธรรม์ประกันภัยของท่านสิ้นสุดบังคับใช้ และบริษัทจะปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ เพื่อเป็นการป้องกันหรือตรวจสอบการทุจริต บริษัทสามารถเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทุจริตให้กับบริษัทประกันภัยอื่น และ/หรือ หน่วยงานที่บังคับใช้ตามกฎหมายได้

Any person who, dishonestly and with intent to make a gain for themselves or cause loss to another, or to expose another to a risk of loss: (1) makes an application for insurance or makes a claim under a Policy containing any information they know to be untrue or misleading; or who (2) in making an application for insurance or a claim under a Policy dishonestly and with intent to make a gain for themselves or cause loss to another, or to expose another to a risk of loss fails to disclose information which has been asked for, commits fraud. The Company will investigate any claims or applications for insurance which the Company has grounds to believe may be fraudulent. Committing fraud may result in your Policy being terminated and any claims you make under not being paid. The Company may, for the purposes of the detection and prevention of fraud, share information relating to suspected fraud with other insurance companies and/or with law enforcement authorities.

การจัดเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
HOW THE COMPANY WILL USE YOUR INFORMATION

บริษัทจะรวบรวม ใช้ จัดเก็บ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน (ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติทางการแพทย์ และการรักษาทางการแพทย์ใดๆ) ตามกฎหมายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล บริษัทจะรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน เพื่อวัตถุประสงค์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้

บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อนตามความจำเป็นภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ ให้กับบริษัทต่างๆ ในเครือของบริษัท บริษัทภายนอกที่ผ่านการคัดเลือกจากบริษัท รวมถึงโบรกเกอร์หรือตัวแทนที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนท่าน ผู้ให้บริการใดๆ ที่ให้บริการภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัท ทั้งนี้หมายถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับความคุ้มครองทุกคนตามที่ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้

ผู้ได้รับความคุ้มครองทุกคนมีสิทธิที่จะร้องขอสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองที่บริษัทจัดเก็บไว้ ทั้งนี้บริษัทจะคิดค่าธรรมเนียมสำหรับการร้องขอสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว

The Company will collect, use, store and disclose your personal information, including sensitive information (in particular, information relating to your medical history and any medical treatment you may have or have had), in accordance with the relevant data protection legislation. The Company will collect and will use your personal information, including sensitive information, for the purpose of carrying out our obligations under this plan. This statement also applies to personal information of any Dependents detailed on this Application Form.

The Company may share your information, including sensitive information, with other Cigna companies, carefully selected third parties including any broker you appoint to act on your behalf, other providers of services under this plan and authorised healthcare providers, where necessary to carry out our obligations under this plan. This statement also applies to personal information of any Covered Persons detailed on this Application Form.

Any Covered Person has the right to request a copy of their personal information held by the Company. We may charge a fee to provide this information.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัททำการจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อวัตถุประสงค์ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า
I acknowledge the collection, use and disclosure of my personal and special category data by Cigna for the purposes required by the contract of insurance I have entered into.

ข้อเสนอ รายละเอียดการส่งเสริมการขาย สินค้า และบริการ
SPECIAL OFFERS, PROMOTIONS, PRODUCTS AND SERVICES

บริษัทมีความประสงค์ที่จะนำส่งข่าวสารเกี่ยวกับ ข้อเสนอ รายละเอียดการส่งเสริมการขาย สินค้า และบริการ ซึ่งบริษัทเห็นว่าเหมาะสมกับคุณ อย่างไรก็ตามบริษัทจะไม่เปิดเผยข้อมูลของคุณให้กับบุคคลที่สาม

The Company would like to keep in touch with you to keep you updated about special offers, promotions, products and services which the Company thinks will interest you. The Company will not release your information to any third parties.

ถ้าคุณต้องการรับข่าวสารข้อมูลดังกล่าวข้างต้น กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง
If you would like to receive this information, please tick here

| | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| คุณต้องการให้บริษัทติดต่อคุณโดย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| How would you like us to contact you? | Email | | Telephone |

ลายมือชื่อ
Signature

ส่วนที่ 4: รายละเอียดการชำระเงิน SECTION 4: PAYMENT DETAILS

รายละเอียดในหน้านี้ จะเป็นรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับบัตรเครดิต/เดบิตของท่าน รายละเอียดในรูปแบบหน้านี้จะถูกลบทิ้งหลังทำการ
รายการ และขอมูลการชำระเงินของท่านจะถูกจัดเก็บในฐานะข้อมูลอย่างปลอดภัย.

This page, including your card details, will be securely disposed of once your application has been processed and the payment details have been securely stored.

โปรดทราบว่าเรารับชำระเป็นเงินบาทเท่านั้น

Please note, we only accept payment in Thai Baht.

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| เบี้ยประกันภัย Net Premium | อากรแสตมป์ Duty Stamp | ภาษี Tax | เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium | | |
| รอบการชำระเงิน Payment frequency | รายเดือน Monthly | ราย 3 เดือน Quarterly | รายปี Annually | | |
| วิธีการชำระเงิน Payment method | บัตรเครดิต / เดบิต Credit/debit card | โอนเงิน Bank wire transfer (Annual payment only) (We will call you on receipt of your application to provide the relevant details) | | | |
| หมายเลขบัตรเครดิต/เดบิต Credit/debit card number | | | | | |
| ประเภทของบัตร Type of card | มาสเตอร์การ์ด MasterCard | วีซ่า Visa | วีซ่า เดบิต Visa Debit | วีซ่า อิเล็กทรอนิกส์ Visa Electron | อเมริกัน เอ็กซ์เพรส American Express |
| ชื่อที่ปรากฏบนหน้าบัตร Name as it appears on the card | | | | | |
| วันออกบัตร Start date of the card (MM/YY) | วันหมดอายุ Expiry date of the card (MM/YY) | | | | |
| รหัสความปลอดภัย (ตัวเลข 3 หลักด้านหลังบัตรเครดิต/เดบิตของท่าน ในกรณีสกุลบัตร อเมริกัน เอ็กซ์เพรส จะมีตัวเลข 4 หลักบนหน้าบัตรด้านขวาของท่าน) Security code (This is the 3 digit number on the reverse of most cards. For American Express cards, this is the 4 digit number found on the front of the card on the right hand side) | | | | | |
| กรุณายืนยันข้อมูลบัตรเครดิต/เดบิต นั้นเป็นของผู้ถือกรมธรรม์หรือไม่? Please confirm that the payment card is that of the policyholder? | | | | ใช่ Yes | ไม่ใช่ No |
| หากเจ้าของบัตรเครดิต/เดบิต นั้นไม่ใช่ผู้ถือกรมธรรม์ If the cardholder is not the policyholder, please state the relationship to the policyholder | | ผู้รับผลประโยชน์ Other beneficiary | นายจ้าง Employer | | |
| | | คู่สมรส/พาร์ทเนอร์ Spouse/partner | สมาชิกในครอบครัว Family member | อื่นๆ Other | |
| วัน/เดือน/ปี เกิด ผู้ถือบัตร Date of birth of cardholder (DD/MM/YYYY) | | | | | |
| สัญชาติผู้ถือบัตร Nationality of cardholder | | | | | |
| ข้อมูลที่อยู่จัดส่งใบแจ้งหนี้ที่พัก ของท่านตรงกับข้อมูลที่ท่านแจ้งหรือไม่? Is the billing address the residence address you have provided for your policy? | | | | ใช่ Yes | ไม่ใช่ No |
| หากข้อมูลไม่ถูกต้อง กรุณาระบุข้อมูลที่อยู่จัดส่งใบแจ้งหนี้ของท่าน If no, please provide the full billing address | | | | | |
| การตัดบัญชีบัตรเครดิต: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ บริษัท ชิกนาประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดำเนินการเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันภัยกับบัญชีบัตรเครดิต/เดบิตของ ข้าพเจ้า ทั้งนี้อนุญาตให้ดำเนินการใดจนกว่าจะมีคำสั่งยกเลิกโดยการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้กับทาง บริษัท ชิกนาประกันภัย จำกัด (มหาชน) Credit card authorisation: I authorise Cigna Insurance Public Company Limited to charge my credit/debit card account for the insurance premium. This will continue until the instruction is cancelled, and I will provide written notice to Cigna Insurance Public Company Limited. | | | | | |
| ลายเซ็นเจ้าของบัตร Cardholder's signature | | | วันที่ Date (DD/MM/YYYY) | | |

โปรดส่งแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนทางอีเมลหรือทางไปรษณีย์ไปที่
Please return your fully completed form by email or by post to:

Cigna Insurance Public Company Limited
7th and 10th Floor
Q.House Ploenjit Building
598 Ploenchit Road
Lumpini
Pathumwan
Bangkok 10330
Thailand

บริษัทชิกน่าประกันภัยจำกัด(มหาชน)
ชั้น7และชั้น10
อาคารคิวเฮาส์เพลินจิต
598ถนนเพลินจิต
แขวงลุมพินี
เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330
ประเทศไทย

Cignathailand_broker@cigna.com

Together, all the way.SM



"Cigna" and the "Tree of Life" logo are registered service marks of Cigna Intellectual Property, Inc., licensed for use by Cigna Corporation and its operating subsidiaries. All products and services are provided by or through such operating subsidiaries, and not by Cigna Corporation. This product is distributed in Thailand by Cigna Insurance Public Company Limited.
© 2020 Cigna.