

# ใบคำขอเอาประกันภัย

## กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ และอุบัติเหตุระหว่างเดินทางต่างประเทศทั่วโลก Application for Worldwide Travel Health Insurance

บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 98 อาคารสารกร สแควร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14-15 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ : 0 2677 0000 โทรสาร : 0 2230 6500 ศูนย์บริการข้อมูลสมาชิกอีทีน่า 0 2232 8666 (บริการ 24 ชม.)

กรณีต้องการกรมธรรม์ประกันภัยและใบเสร็จในนามบริษัท If you require policy and receipt issued under Company name.

ชื่อบริษัท ภาษาอังกฤษ Company Name : .....

ที่อยู่บริษัท Company Address : .....

1. ผู้ขอเอาประกันภัย : นาย/นาง/น.ส. ....

ชื่อภาษาอังกฤษ Insured Person : Mr./Mrs./Ms. ....

ที่อยู่ปัจจุบัน Place of Residence : .....

รหัสไปรษณีย์ Zip Code : .....

โทรศัพท์ Home Tel : ..... โทรศัพท์มือถือ Mobile : .....

ที่อยู่ภูมิลำเนา Home Country Address : .....

วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth : ..... อีเมล Email : .....

หมายเลขหนังสือเดินทาง / หมายเลขบัตรประชาชน Passport No. / ID Card No. : ..... สัญชาติ Nationality : .....

เดินทางไปประเทศ Destination : .....  ท่องเที่ยว Leisure  ไปทำงาน Business  ไปศึกษา Education  อื่นๆ Other

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary : ..... ความสัมพันธ์ Relationship : .....

ที่อยู่ Address : ..... โทรศัพท์ Tel : .....

ผู้ขอรับความคุ้มครองเพิ่มเติม (ถ้ามี) Other person to be covered (If any) : .....

2. นาย/นาง/น.ส. Mr./Mrs./Ms. .... วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth : .....

หมายเลขหนังสือเดินทาง / หมายเลขบัตรประชาชน Passport No. / ID Card No. : ..... สัญชาติ Nationality : .....

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary : ..... ความสัมพันธ์ Relationship : .....

3. นาย/นาง/น.ส. Mr./Mrs./Ms. .... วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth : .....

หมายเลขหนังสือเดินทาง / หมายเลขบัตรประชาชน Passport No. / ID Card No. : ..... สัญชาติ Nationality : .....

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary : ..... ความสัมพันธ์ Relationship : .....

ความคุ้มครอง Coverage Plan :  แผนระยะสั้น / Single plan .....  แผนรายปี / Annual plan .....

วันที่เดินทาง Date of Commencement : Date ..... / Month ..... / Year .....

รวมระยะเวลา For : ..... วัน Days จำนวนเบี้ยประกันภัยรวม Total Premium : ..... บาท / Baht

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

I hereby consent to the company's keeping use, and disclose of the facts about my health and information to the OIC for the benefits of supervision of the insurance business.

คำชี้แจง :

1. ข้าพเจ้ากราบให้ความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ มิได้ครอบคลุมถึงการเดินทางเพื่อไปรับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เดิมหรือต้องรักษาเพิ่ม หรือรักษาอาการที่เป็นมาแต่กำเนิด ซึ่งลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

2. ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากก้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยค่าสินไหมทดแทน

Declaration :

1. It is hereby declared that the journey is not being made for the purpose of obtaining any medical treatment for any existing, recurring or congenital medical conditions and that I understand that any such pre-existing conditions shall not be insured.

2. 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 Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited. as the Attorney-in-fact to request a photocopy or any kinds of information of my health record or health conditions from any physician or 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 For the Application form go through underwriting or the claims payment process.

ลงชื่อ Signature ..... วันที่ Date .....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) : WARNING: Office of Insurance Commission (OIC.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นการปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

The applicant should disclose all the facts you know. Any nondisclosure shall make the policy issued hereunder voidable. The company has the right to void the contract and refuse the claims according the Civil Commercial Code Section 865.