

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบกลุ่มทั่วไปและกลุ่มองค์กร

กรุณาเลือกภาษาที่ท่านต้องการในการออกกรมธรรม์ประกันภัย

- ภาษาไทย กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารทั้งหมดเป็นภาษาไทย
- ภาษาอังกฤษ กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ
- ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรุณากรอกข้อมูลในใบคำขอเอาประกันสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่มทั้ง 2 ภาษา

ข้อมูลของผู้ขอรับความคุ้มครอง

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์
อาคาร ชั้น ห้องเลขที่ เลขที่
ซอย ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ แฟกซ์ อีเมล
ชื่อผู้ติดต่อ
ประกอบธุรกิจประเภท
วันที่กรมธรรม์เริ่มความคุ้มครอง
- ให้ความคุ้มครองถึงเจ้าหน้าที่ และพนักงานของบริษัทในเครือเดียวกัน
 ไม่ต้องการ ต้องการ กรุณากรอกชื่อบริษัทที่อยู่ในเครือ
1) ชื่อ รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์
2) ชื่อ รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์
3) ชื่อ รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์
- ปัจจุบันมีการทำประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุให้พนักงานไว้กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี กรุณาระบุชื่อบริษัทประกัน
1)
2)
- การทำประกันสุขภาพและ / หรืออุบัติเหตุหมู่ครั้งนี้ ให้ความคุ้มครองกับ
 ลูกจ้างของบริษัททั้งหมด () รวมผู้อยู่ในอุปการะ () ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ
 เฉพาะลูกจ้างที่ผ่านการทดลองงาน (พนักงานประจำ) () รวมผู้อยู่ในอุปการะ () ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ

- การชำระเบี้ยประกันภัย
 นายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันทั้งหมดให้กับลูกจ้าง () รวมผู้อยู่ในอุปการะ () ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ
 นายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันบางส่วนให้กับลูกจ้าง
- วันที่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัย
 วันที่ผู้เอาประกันภัยเริ่มทำงานวันแรก
 วันที่หลังจากผู้เอาประกันภัยผ่านช่วงการทดลองงาน
 อื่นๆ
- จำนวนลูกจ้างที่ทำประกัน
 พนักงานโสด เพศชาย คน เพศหญิง คน
 พนักงานสมรส เพศชาย คน เพศหญิง คน
 ผู้อยู่ในอุปการะ (คู่สมรสและบุตร) คน
 บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี คน

aetna®

aetna.co.th

8. ผลประโยชน์และความคุ้มครอง

แบบ Quotation No.

9. ท่านมีความประสงค์ในการรับเงินค่าสินไหม ด้วยวิธีใด

- จ่ายเช็คในนามบริษัท
- โอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัท กรุณาแนบรายละเอียดในการโอนเงินผ่านทางธนาคาร
 - ชื่อธนาคาร
 - สาขา
 - ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน อื่นๆ
 - เลขที่บัญชี.....
 - ชื่อบัญชี.....

- จ่ายเช็คตรงให้พนักงานแต่ละท่าน
- โอนเข้าบัญชีธนาคารของพนักงานแต่ละท่าน กรุณาแนบชื่อธนาคาร สาขา และเลขที่บัญชีธนาคารของพนักงานแต่ละท่าน

10. ท่านมีความประสงค์ในการรับเอกสารเกี่ยวกับใบแจ้งหนี้ หรือใบลดหนี้ ในการแจ้งเข้า/ออกของพนักงานของท่านโดย

- ทุกๆ ครั้งที่มีการแจ้งเข้า/แจ้งออก
- ทุกๆ เดือน
- ทุกๆ 3 เดือน
- ทุกๆ 6 เดือน
- รายปี

10.1 ท่านมีความประสงค์ในการรับเบี้ยประกันคืนโดยวิธีใด

- จ่ายเช็คในนามบริษัท
- โอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัท กรุณาแนบรายละเอียดในการโอนเงินผ่านธนาคาร
 - ชื่อธนาคาร
 - สาขา
 - ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน อื่นๆ
 - เลขที่บัญชี
 - ชื่อบัญชี

11. ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย ตกลงยินยอมว่า

- 1) หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้า หรือของลูกจ้างผู้ใดผู้หนึ่งเป็นความเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทผู้รับประกันทำการบอกกล่าวสัญญาทั้งหมด หรือเฉพาะรายนั้นๆ ได้
- 2) ยินยอมให้บริษัททำการตรวจสอบหลักฐานเกี่ยวกับลูกจ้าง อัตราเงินเดือน รวมทั้งข้อเท็จจริงอื่นที่เป็นสาระสำคัญในการพิจารณารับประกัน หรือเพื่อดำเนินการอื่น ในระหว่างกรมธรรม์ประกันภัยมีผลบังคับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

ชื่อบริษัทและตราประทับ ผู้ขอเอาประกันภัย	วันที่ เดือน พ.ศ.
โดย	ลงชื่อ ตัวแทน/นายหน้า
ตำแหน่ง	ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้

