

# ใบคำขอเอาประกันภัย

## กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบกลุ่มทั่วไปและกลุ่มองค์กร

### ข้อแนะนำในการกรอกใบคำขอเอาประกันสุขภาพ

- กรุณากรอกข้อมูลให้ข้อมูลต่างๆ และประวัติทางการแพทย์ด้วยตัวท่านเอง (ขอความกรุณาให้ข้อมูลที่มากที่สุดเพื่อความสะดวกของท่านในการพิจารณา รับประกันสุขภาพ และการพิจารณาสินไหมต่อไป)
- บุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ปกครองสามารถแถลงข้อมูลสุขภาพแทนได้ โดยต้องลงลายมือชื่อเพื่อรับรองโดยแถลงว่าเป็นความจริง
- หากท่านมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการกรอกใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพนี้ สามารถติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0 2232 8666 หรืออีเมลถึง csc@aetna.co.th

บริษัท เอ็กน่า 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 ศูนย์บริการข้อมูลสมาชิกเอ็กน่า 0 2232 8666 (บริการ 24 ชม.)

### ข้อมูลของผู้ขอรับความคุ้มครอง

บริษัท (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย) .....

ประเภทธุรกิจ ..... ตำแหน่ง .....

วันที่เริ่มเข้าทำงานบริษัทนี้ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

คำนำหน้านาม (ตัวอย่าง : นาย นางสาว นาง ด.ช. ด.ญ. ม.ร.ว. พ.อ. ฯลฯ) ..... IWF  ชาย  หญิง

ชื่อ (ผู้ขอรับความคุ้มครอง) ..... นามสกุล .....

ภาษาสำหรับการติดต่อ  ไทย  อังกฤษ

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ .....

รหัสไปรษณีย์ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (บ้าน) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

(มือถือ) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] อีเมล .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน [ ] วัน/เดือน/ปี เกิด [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

อายุ [ ] [ ] ปี ส่วนสูง (ซม.) [ ] [ ] [ ] น้ำหนัก (กก.) [ ] [ ] [ ] ประเทศถิ่นกำเนิด .....

ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน .....

ความสัมพันธ์กับพนักงาน (กรณีเป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วม ซึ่งมีได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย โปรดกรอกรายละเอียด และระบุชื่อพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่ ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)  คู่สมรส  บุตร

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ (เฉพาะผู้ที่เลือกแผนผลประโยชน์ที่มีประกันภัยอุบัติเหตุเท่านั้น)

ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์ .....

ที่อยู่ .....

ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์ .....

ที่อยู่ .....

1. ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือแผนชดเชยรายได้ ของบริษัทเอ็กน่าหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท ..... จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ ..... บาท)

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทเอ็กน่า หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุชื่อบริษัท.....

3. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย

4. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าท่านเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคทางสมองและระบบประสาท ภาวะอัมพาต โรคสมองฝ่อ โรคเลือดออกในสมอง โรคเนื้องอก ก้อนน้ำหรือมะเร็งทุกชนิด โรคไต โรคตับ โรคเลือด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) โรคกระดูกและข้อ โรคไทรอยด์ โรคเก๊าท์ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง โรคทางเดินหายใจ และโรคปอด เช่น หอบหืด ก้อนมะเร็งปอด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจหรือโรค หรือโรคเรื้อรังอันตรายอื่นๆ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย



5. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่

ไม่เคย  เคย

กรณีแถลงว่า เคย ในข้อ 3-5 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำหรับของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม (ผู้ขอเอาประกันภัย) ..... วัน/เดือน/ปี ..... (วันที่กรอกใบสมัคร)  
(ลงนามแทนผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัทจริง (ประทับตรา ชื่อบริษัทนายจ้าง) นายจ้าง ..... โดย ..... (ลายเซ็นชื่อ) ตำแหน่ง .....	สำหรับเจ้าหน้าที่ Aetna :
--	---------------------------

