

ใบคำขอเอาประกันภัย (ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)

กรมธรรม์ประกันภัย เอ็กซ์ตรา แวกู

ประเภทการประกันภัย

แผนรายบุคคล (ส่วน ก.)

แผนครอบครัว (ส่วน ก และ ข.)

บริษัท เอ็กน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 98 อาคารสาทร 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.)

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์
- บัตรประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่ (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน/เดือน/ปี เกิด ปีพ.ศ. ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำ
รายได้ประจำ / เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท
สถานที่ทำงาน โทรศัพท์
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ โทรศัพท์
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มวันที่ เวลา น. ถึงวันที่ เวลา 16.30 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ แผน

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

กรณีข้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท เอ็กน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคยมี (โปรดให้รายละเอียด)
บริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
- ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการ หรือผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคยมี (โปรดให้รายละเอียด)

กรณีข้อความคุ้มครองการประกันภัยโรคมะเร็ง

- พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้ขอเอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่? โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็นและโรคมะเร็งที่เป็น
 ไม่เคย / ไม่มี
 มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่
 มะเร็งลำไส้ มะเร็งจอตา มะเร็งเม็ดเลือดขาว
 มะเร็งอื่นๆ ระบุ
- โปรดระบุบุคคลที่เคยเป็น
- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือมีโรคประจำตัวหรือไม่?
 ไม่เคย
 เคย โปรดระบุสาเหตุหรือชื่อโรค เมื่อเดือน / ปี ชื่อสถานพยาบาล

aetna[®]

aetna.co.th

3. ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ในอดีต ไม่เคยสูบ เคยสูบบุหรี่ มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ปี ถึง ปี
(รวมถึง ซิการ์ และไปป์ด้วย) ปัจจุบัน ไม่สูบ สูบบุหรี่ มวน

4. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

- ไม่เคย
- โรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด B,C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
- ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
- ตับแข็ง, ตับอักเสบบี ปากมดลูก หรือ ช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
- มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก (Cervix Dysplasia)
- โรคมะเร็ง
- เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท อวัยวะที่เป็น)
- ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด
- ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
- ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน / ปี โรงพยาบาล.....
- ผลตรวจเนื้อเยื่อ ปกติ ไม่ปกติ
- แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุกๆ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี

5. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใด กับ บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

ไม่มี มี ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกกลางสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้