

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุพิเศษ

บริษัท เอ็ทน่า 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 ศูนย์บริการข้อมูลสมาชิกเอ็ทน่า 0 2232 8666 (บริการ 24 ชม.)

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ไทย) นาย/ นาง/ น.ส.
(อังกฤษ)
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย / ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ รหัสไปรษณีย์ [.....]
โทรศัพท์ (บ้าน) [.....] (ที่ทำงาน) [.....] ต่อ
(มือถือ) [.....] (โทรสาร) [.....] อีเมล
- เลขที่บัตรประชาชน [.....] วัน/เดือน/ปี เกิด [.....] อายุ [.....] ปี
น้ำหนัก (กก.) [.....] ส่วนสูง (ซม.) [.....] สัญชาติ
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน
- กรุณาอธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ)
- ชื่อผู้รับผลประโยชน์ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)..... ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์ [.....]
ชื่อผู้รับผลประโยชน์ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)..... ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์ [.....]
- ระยะเวลาที่ต้องการเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ [.....] สิ้นสุดวันที่ [.....]
(กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ และมีการรับชำระเบี้ยประกันภัยเรียบร้อยแล้ว)
- ระบุชื่อแผนที่ท่านเลือก
ความคุ้มครองเพิ่มเติม : คลอดบุตร อุบัติเหตุส่วนบุคคล อื่นๆ (โปรดระบุ)
- ท่านเลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวด : รายเดือน รายปี โดยวิธี
 ตัดบัตรเครดิตธนาคาร.....
หมายเลขบัตรเครดิต [.....] บัตรหมดอายุ [.....]
ประเภทบัตรเครดิต : Visa Master ชื่อเจ้าของบัตร โทรศัพท์ [.....]
 ตัดบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา เลขบัญชี [.....]
เบี้ยประกันภัย บาท อกรแสดงปี บาท ภาษี บาท
รวม บาท
- การต่ออายุอัตโนมัติ
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บผ่านบัตรเครดิต หรือเงินฝากธนาคารตามที่แจ้งไว้ด้านบน
- กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน : เช็ค (Cheque) โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)
ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ธนาคาร สาขา เลขบัญชี [.....]
- ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือแผนชดเชยรายได้ ของบริษัท เอ็ทน่า หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ บาท)
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทเอ็ทน่า หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุชื่อบริษัท

aetna®

aetna.co.th

13. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่

ไม่เคย เคย

14. 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 ก้อนลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรควัณโรค หรือ โรคเรื้อรังอันตรายอื่นๆ หรือไม่

ไม่เคย เคย

15. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่

ไม่เคย เคย

กรณีแถลงว่า เคย ในข้อ 13 - 15 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้าสำหรับการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
(กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)

วันที่กรอกใบสมัคร (วัน/เดือน/ปี)

ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้
Agent

นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้
Broker

ใบอนุญาตเลขที่
License No.

หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัย พร้อมใบคำขอเอาประกันภัยหรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้ขอเอาประกันภัยมีดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้มีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้