

ใบคำขอเอาประกันภัย

ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุระหว่างเดินทาง

Application for World-Wide Travel Health Insurance

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

กรณีต้องการกรมธรรม์และใบเสร็จในนามบริษัท If require policy and receipt to be issued under Company

ชื่อบริษัท ภาษาอังกฤษ Company name :

ที่อยู่บริษัท Company Address :

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

ชื่อภาษาอังกฤษ Insured person: Mr. / Mrs. / Miss

ที่อยู่ปัจจุบัน Place of Residence:

รหัสไปรษณีย์ Zip code:

โทรศัพท์ Home Tel: โทรศัพท์มือถือ Mibile:

ที่อยู่ภูมิลำเนา Home country address:

วันเดือนปีเกิด Date of Birth: Email:

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. Mr./Mrs./Ms. วันเกิด Date of Birth:

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

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary: ความสัมพันธ์ Relationship:

3. Mr./Mrs./Ms. วันเกิด Date of Birth:

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

ผู้รับประโยชน์ Beneficiary: ความสัมพันธ์ Relationship:

ความคุ้มครอง Cover selected: ระยะเวลา แผน / Period plan รายปี แผน / Annual plan

วันที่เดินทาง Date insurance to commence: Date / Month / Year

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

คำชี้แจง :

1. ข้าพเจ้าทราบดีว่าความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัยนี้ มีได้ครอบคลุมถึงการเดินทางเพื่อไปรับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เดิมหรือต้องรักษาเพิ่ม หรือรักษาอาการที่เป็นมาแต่กำเนิด จึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

2. ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทขอเลิกสัญญา ได้นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก นายแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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 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.

ลงชื่อ Signature วันที่ Date

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

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ 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.