

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบจ่ายผลประโยชน์สูงสุดต่อปี

บริษัท เอีทน่า 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

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (ไทย) นาย/ นาง/ น.ส.
(อังกฤษ)
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย / ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ
โทรศัพท์ (บ้าน) (ที่ทำงาน) ต่อ
(มือถือ) (โทรสาร) อีเมล แอดเดรส
- เลขที่บัตรประชาชน วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี
น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม.) สัญชาติ
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน
- กรณาริบายลักษณะของงาน (อาชีพ)
- ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์
ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์
- ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ สิ้นสุดวันที่
- ระบุชื่อแผนที่ท่านเลือก
- ความคุ้มครองเพิ่มเติม : ผู้ป่วยนอก แผนชดเชยรายได้ อุบัติเหตุส่วนบุคคล
- ท่านเลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวด : รายปี รายเดือน โดยวิธี
- ตัดบัตรเครดิตธนาคาร หมายเลขบัตรเครดิต
บัตรหมดอายุ ประเภทบัตรเครดิต : Visa Master ชื่อเจ้าของบัตร
- ตัดบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา บัญชีเลขที่
- รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)
- การต่ออายุอัตโนมัติ
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บผ่านบัตรเครดิต หรือเงินฝากธนาคารตามที่แจ้งไว้ด้านบน
- ท่านมีหรือเคยมี ประกันสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันอุบัติเหตุ หรือแผนชดเชยรายได้ ของบริษัทเอีทน่า หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ บาท)
- ข้อแกลงสุขภาพ : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ของแต่ละคำถาม ข้อมูลต่างๆนี้จะเป็นส่วนสำคัญต่อการประกอบการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทน
- 10.1 ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทเอีทน่า หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย โปรดระบุชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ บาท)
- 10.2 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคไต โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคตับ โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเลือด หรือโรคเรื้อรังอันตรายอื่นๆ
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด)
- 10.3 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคทางสมองหรือโรคระบบประสาท เนื้องอก โรคระดูกหรือกล้ามเนื้อ หรือโรคอื่นๆ
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด)

aetna®

aetna.co.th

- 10.4 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การวินิจฉัย การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือ
 ประสบอุบัติเหตุมาก่อนหรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุ ตลอดจนคำวินิจฉัยโรค ช่วงเวลา และสถานที่ทำการรักษา)
- 10.5 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการปรึกษาแพทย์ เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย (อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์การตรวจด้วย
 คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะ)
 หรือได้รับการสั่งยาจากแพทย์หรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุ ตลอดจนคำวินิจฉัยโรค ช่วงเวลา และสถานที่ทำการรักษา)
- 10.6 ปัจจุบันนี้ ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติอื่นๆ) ที่ยังไม่ได้เข้า
 รับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด)
- 10.7 ขณะนี้ ท่านกำลังรับประทานยาอะไรเป็นประจำหรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด)

11. โปรดแจ้งชื่อแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือ คลินิก พร้อมทั้งอยู่ที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ
 [กรณีที่ท่านเป็นบุคคลต่างชาติ (ไม่ใช่คนไทย) กรุณาให้ชื่อแพทย์และสถานพยาบาลที่รับการรักษาล่าสุดในประเทศของท่าน]
 ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ขอเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
 ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิด
 ไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็ทนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติ
 การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพ
 ของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ขอเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ
 ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
 (กรณีบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี)

วันที่กรอกใบสมัคร (วัน/เดือน/ปี)

ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้
 Agent

นายหน้าประกันวินาศภัยนี้
 Broker

ใบอนุญาตเลขที่
 License No.

หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัยพร้อมใบคำขอเอาประกันภัย
 หรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าว
 ข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่า
 บริษัทจะได้รับการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้
 ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้

F-MK-03T : Rev.6 Eff.19/01/2018

aetna®

aetna.co.th