



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับ กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- สมาร์ทแคร์ เอ็กซีคิวทีฟ (SmartCare Executive) สมาร์ทแคร์ เอ็กซีคิวทีฟ พลัส (SmartCare Executive Plus)
- สมาร์ทแคร์ ออฟติมัม (SmartCare Optimum)
- กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล สมาร์ทแคร์ เอ็กซีคิวทีฟ
(สำหรับโครงการการประกันสุขภาพส่วนบุคคล สำหรับชาวต่างชาติที่เดินทางเข้าสู่ประเทศไทยเพื่อการพำนักระยะยาว (Long Stay Visa))

แบบประกันภัย	แผน
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน..... <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก.....
<input type="checkbox"/> Long Stay Visa	<input type="checkbox"/> แผน..... <input type="checkbox"/> ความรับผิดส่วนแรก..... บาท

ระยะเวลาเอาประกันภัย

1. ระยะเวลาเอาประกันภัย เริ่มต้นความคุ้มครองวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.
(หลังจากผ่านการพิจารณาประกันของบริษัท)
- (กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุอัตโนมัติ หากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)
2. การชำระเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยชำระเบี้ยประกันภัยแบบ รายปี
- 2.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์แล้ว)
- 2.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ผ่านบัตรเครดิต ธนาคาร
หมายเลขบัตรเครดิต.....วันหมดอายุ.....
- อื่นๆ
- 2.3 ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)
- วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี
- เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง.....ส่วนสูง (ซ.ม.).....น้ำหนัก (ก.ก.).....
- สถานะภาพ (สมรส/ โสด/ อื่นๆ- โปรดระบุ).....
- ที่อยู่ปัจจุบัน
-
- หมายเลขโทรศัพท์.....EMAIL
- อาชีพ (ตำแหน่งงาน).....ลักษณะงาน.....
- ชื่อบริษัท.....ประเภทธุรกิจ.....
- สถานที่ตั้งที่ทำงาน
-
- หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
- กรณารุณพฤตกรรม การสูญบุหรี และการตีมแอลกอฮอล์งอทำน
- การสูญบุหรี ไม่สูญบุหรี สูญบุหรี จำนวน.....มวณ/ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ ปี
- การตีมแอลกอฮอล์ ไม่ตีมแอลกอฮอล์ ตีมแอลกอฮอล์ จำนวน.....จวค/ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ ปี

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพวงมพรวนสี่ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - axa.co.th



รายละเอียดของคู่สมรส (ถ้าพออาประกันภัย)

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง.....ส่วนสูง (ซม.).....น้ำหนัก (กก.).....

สถานะภาพ (สมรส/ โสด/ อื่นๆ- โปรดระบุ).....

ที่อยู่ปัจจุบัน

.....

หมายเลขโทรศัพท์.....EMAIL

อาชีพ (ตำแหน่งงาน).....ลักษณะงาน.....

ชื่อบริษัท.....ประเภทธุรกิจ.....

สถานที่ตั้งที่ทำงาน

.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)ความสัมพันธ์กับผู้ขออาประกันภัย.....

กรณาระบุพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ของท่าน

การสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ จำนวน.....มวน/ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ ปี

การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน.....ขวด/ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ ปี

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 1 (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ	ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขออาประกันภัย	

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 2 (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ	ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขออาประกันภัย	

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 3 (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ	ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขออาประกันภัย	

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 4 (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ	ปี เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขออาประกันภัย	

**กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้**

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย	ไม่มี	มี
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ?		
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ?		
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?		
4. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ ?		
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจหรือไม่ ?		

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี หรือ เคย” กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธการรับประกัน หรือยกเว้นการรับประกันสาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย	มี	ไม่มี	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี	วันที่ป่วย	วันที่หายป่วย
1. ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอด หอบหืด ภูมิแพ้ ?					
2. ความผิดปกติของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน ?					
3. ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจนความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง ?					
4. ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ ภาวะอาหารและอาการปวดท้องเรื้อรัง ?					
5. เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่างๆ ?					
6. ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก ?					
7. โรคตับ และถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี ?					
8. โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์?					
9. ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว ภาวะปัสสาวะอักเสบ ?					
10. ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก ?					



กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

ปัจจุบันผู้อาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้อาประกันภัย	มี	ไม่มี	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี้	วันที่ป่วย	วันที่หายป่วย
11. ความผิดปกติต่อมธัยรอยด์ เช่น คอพอก ธัยรอยด์เป็นพิษ ไฮโปธัยรอยด์?					
12. ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง?					
13. ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ออริสติกส์ โรคลมชัก โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วัณโรค โรคเอสแอลอี โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแทรกซ้อน					
14. นอกจากข้อ 13 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่ ?					
15. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่?					

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ท่านรักษาทุกท่าน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะรับกรมธรรม์ประกันภัยเป็นภาษา ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในการรับทราบ การแจ้งเตือน ข่าวสาร หรือกิจกรรมอื่นๆของบริษัทผ่าน SMS ต้องการ ไม่ต้องการ

ตามหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ได้แจ้งไว้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขออาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการหากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่ แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้แกบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) สามารถดำเนินการในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้อาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้อาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันสำหรับบุคคล โดยเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้ ผู้อาประกันภัย รายละเอียดดังนี้ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้อาประกันภัย หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่ / Date.....เดือน / Month.....พ.ศ. / Year..... ลายมือชื่อผู้อาประกันภัย.....
และในฐานะของผู้แทนของกลุ่มสมรส และ/หรือ บุตร ()

หมายเหตุ: รายละเอียดที่กรอกในใบสมัคร มีระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องที่สุดของท่าน

การประกันภัยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้อาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้