



ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล อินเทอร์เน็ตบนแพลตฟอร์มดิจิทัล

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

1. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย	
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)	อายุ : ปี เดือน
วัน/เดือน/ปีเกิด	ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง	สัญชาติ
ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*	สถานะภาพ <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> อื่นๆ
	☎ โทรศัพทที่ติดต่อได้
	✉ อีเมล
ที่อยู่ติดต่อได้	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)	ลักษณะงาน
ชื่อบริษัทที่ทำงาน	ลักษณะของธุรกิจ
ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์

2. โปรดเลือกแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ	
วันที่ต้องการเริ่มเอาประกันภัย (จว/ตค/ปป) สิ้นสุดวันที่ (จว/ตค/ปป) 24.00 น.	อาณาเขตที่คุ้มครอง <input type="checkbox"/> ทั่วโลก <input type="checkbox"/> ทั่วโลก ยกเว้นสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> เอเชีย
แผน <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3 <input type="checkbox"/> แผน 4	
ความรับผิดชอบส่วนแรกต่อปี (สำหรับทุกแผน)	
<input type="checkbox"/> 160,000 บาท ส่วนลดเบี้ยประกันภัย 25%	<input type="checkbox"/> 48,000 บาท ส่วนลดเบี้ยประกันภัย 12.5%
	<input type="checkbox"/> 16,000 บาท ส่วนลดเบี้ยประกันภัย 5%

3. โปรดระบุบัญชีธนาคาร (กรณีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน)		
ชื่อบัญชี		
ธนาคาร	สาขา	เลขที่บัญชี

4. โปรดระบุชื่อแพทย์ที่ท่านพบบ่อยที่สุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ถ้ามี)	
ชื่อ - นามสกุล แพทย์	ชื่อสถานพยาบาล
ที่อยู่	☎ โทรศัพทที่ติดต่อได้
ชื่อ - นามสกุล แพทย์	ชื่อสถานพยาบาล
ที่อยู่	☎ โทรศัพทที่ติดต่อได้

5. รายชื่อผู้ที่ต้องการคุ้มครอง (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าชื่อที่ต้องการ)

<input type="checkbox"/> ท่านต้องการให้คุ้มครองเฉพาะท่านเพียงคนเดียว			
<input type="checkbox"/> ท่านต้องการให้คุ้มครอง รวมสมาชิกในครอบครัว** ดังต่อไปนี้			
5.1	ชื่อ-นามสกุล	อายุ:	ปี เดือน
	วัน/เดือน/ปีเกิด	ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	☎ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	
	อาชีพ	ลักษณะของงาน	
	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*		
5.2	ชื่อ-นามสกุล	อายุ:	ปี เดือน
	วัน/เดือน/ปีเกิด	ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	☎ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	
	อาชีพ	ลักษณะของงาน	
	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*		
5.3	ชื่อ-นามสกุล	อายุ:	ปี เดือน
	วัน/เดือน/ปีเกิด	ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	☎ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	
	อาชีพ	ลักษณะของงาน	
	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*		
5.4	ชื่อ-นามสกุล	อายุ:	ปี เดือน
	วัน/เดือน/ปีเกิด	ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	☎ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	
	อาชีพ	ลักษณะของงาน	
	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*		
<p>* ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก หมายถึง ประเทศที่ผู้เอาประกันภัยอาศัยอยู่มากกว่า 185 วัน / ปี ซึ่งจะระบุเป็นที่อยู่ของผู้ได้รับความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งให้บริษัททราบกรณีที่ได้รับคุ้มครองรายหนึ่งรายได้เปลี่ยนแปลงประเทศที่อยู่อาศัยหลักซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อสิทธิของผู้ได้รับความคุ้มครองตามผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้เอาประกันภัยมีได้แจ้งให้บริษัททราบในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว บริษัทอาจปฏิเสธที่จะจ่ายผลประโยชน์ได้</p>			
<p>** สมาชิกในครอบครัวในใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะต้องเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้เอาประกันภัย หากมีได้อาศัยอยู่ด้วยกัน โปรดแยกกรอกในใบคำขอต่างหาก</p>			

ท่านได้มีการเอาประกันภัยสุขภาพอื่นๆ กับบริษัท หรือบริษัทอื่นๆ เอาไว้หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกที่ต้องการให้คุ้มครอง เคยถูกปฏิเสธการประกันภัยหรือรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุประกันภัย โดยบริษัทประกันภัยหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้าท่านตอบ “ใช่” ในคำถามข้างต้น โปรดระบุรายละเอียด (รวมทั้ง ชื่อบริษัท, แผนการประกันภัย, ระยะเวลาเอาประกันภัย, และเลขที่กรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี))	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

7. ข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 1 โปรดแถลงข้อมูลสุขภาพโดยใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

	ผู้ขอเอาประกันภัย	สมาชิกคนที่ 1	สมาชิกคนที่ 2	สมาชิกคนที่ 3	สมาชิกคนที่ 4
	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
1. ท่านเคยได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในภายในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ท่านเคยได้รับการปรึกษาทางการแพทย์จากแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ท่านเคยหรือมีอาการผิปกตของร่างกายแต่ไม่ได้ทำการปรึกษาแพทย์ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. ท่านเคยพบแพทย์ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. ท่านมีโรคเรื้อรังหรือได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือเกิดความพิการของร่างกาย หรือมีโรคที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อนในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องปรึกษาแพทย์ในอนาคตหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 หากผู้ขอเอาประกันภัยหรือสมาชิกท่านใด ตอบว่า “ใช่” ในคำถามข้างต้นกรุณาแถลงรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อ	2. คำถามข้อที่	3. สาเหตุของความบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย	4. วันที่เริ่มต้น		5. ระยะเวลาที่เป็น	6. ต้องการการรักษาต่อเนื่องหรือไม่?	7. สถานะของโรคปัจจุบัน
			เดือน	ปี			

หากมีมากกว่าหนึ่งโรคหรือความบาดเจ็บโปรดระบุรายละเอียดแยก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญา ประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอชซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัท ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับ ประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาลหรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของ การมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัท

ลงนาม – ผู้ขอเอาประกันภัย
 (และในฐานะของตัวแทนของ คู่สมรสและบุตร)

_____/_____/_____
วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน/เดือน/ปี)

