



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม (ลูกจ้าง) อินเตอร์เนชันแนลเอ็กซ์คลูซีฟ

1. รายละเอียดของนายจ้าง

บริษัท (ชื่อจดทะเบียน)

ที่อยู่

2. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)

อายุ ปี เดือน

วัน / เดือน / ปีเกิด

ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง

สัญชาติ

สถานะภาพ สมรส โสด อื่น ๆ

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

อีเมล

ที่อยู่ติดต่อได้

อาชีพ (ตำแหน่งงาน)

ลักษณะงาน

ชื่อบริษัทที่ทำงาน

ลักษณะของธุรกิจ

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์

ความสัมพันธ์

3. โปรดระบุบัญชีธนาคาร (กรณีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน)

ชื่อบัญชี

ธนาคาร

สาขา

เลขที่บัญชี

4. โปรดระบุชื่อแพทย์ที่ท่านพบบ่อยที่สุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ถ้ามี)

ชื่อ - นามสกุล แพทย์

ชื่อสถานพยาบาล

ที่อยู่

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ชื่อ - นามสกุล แพทย์

ชื่อสถานพยาบาล

ที่อยู่

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

5. รายชื่อผู้ที่ต้องการคุ้มครอง (โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อที่ต้องการ)

ท่านต้องการให้คุ้มครองเฉพาะท่านเพียงคนเดียว

ท่านต้องการให้คุ้มครอง รวมสมาชิกในครอบครัว** ดังต่อไปนี้

5.1

ชื่อ - นามสกุล

อายุ ปี เดือน

วัน / เดือน / ปีเกิด

ความสัมพันธ์

ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*

อาชีพ

ลักษณะของงาน

5.2

ชื่อ - นามสกุล

อายุ ปี เดือน

วัน / เดือน / ปีเกิด

ความสัมพันธ์

ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*

อาชีพ

ลักษณะของงาน

5.3

ชื่อ - นามสกุล

อายุ ปี เดือน

วัน / เดือน / ปีเกิด

ความสัมพันธ์

ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*

อาชีพ

ลักษณะของงาน



5.4	ชื่อ - นามสกุล		อายุ	ปี	เดือน
	วัน / เดือน / ปีเกิด		ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง		โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*	
	อาชีพ		ลักษณะของงาน		

* ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก หมายถึง ประเทศที่ผู้เอาประกันภัยอาศัยอยู่มากกว่า 185 วันต่อปี ซึ่งจะระบุเป็นที่อยู่ของผู้ได้รับความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งให้บริษัททราบในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองรายหนึ่งรายใดเปลี่ยนแปลงประเทศที่อยู่อาศัยซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความมีสิทธิของผู้ได้รับความคุ้มครองตามผลประโยชน์ของกรมธรรม์ หากผู้เอาประกันภัยได้แจ้งให้บริษัททราบในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว บริษัทอาจปฏิเสธที่จะจ่ายผลประโยชน์ได้

** สมาชิกในครอบครัวในใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะต้องเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้เอาประกันภัย หากมีได้อาศัยอยู่ด้วยกัน โปรดแยกกรอกในใบคำขอต่างหาก

6. กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพอื่น ๆ

ท่านได้มีการเอาประกันภัยสุขภาพอื่น ๆ กับบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่น ๆ เอาไว้หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผู้เอาเอาประกันภัยหรือสมาชิกที่ต้องการให้คุ้มครอง โดยถูกปฏิเสธการประกันภัยหรือรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุประกันภัย โดยบริษัทประกันภัยหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้าท่านตอบ “ใช่” ในคำถามข้างต้น โปรดระบุรายละเอียด (รวมถึง ชื่อบริษัท, แผนการประกันภัย, ระยะเวลาเอาประกันภัย, และเลขที่กรมธรรม์ประกันภัย ถ้ามี)	

7. ข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 1 โปรดแถลงข้อมูลสุขภาพโดยใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

คำถาม	ผู้เอาประกันภัย	สมาชิกคนที่ 2	สมาชิกคนที่ 3	สมาชิกคนที่ 4	สมาชิกคนที่ 5
	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
1. ท่านเคยได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<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. ท่านเคยได้รับการปรึกษาทางการแพทย์จากแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<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. ท่านเคยหรือมีอาการผิดปกติของร่างกายแต่ไม่ได้ทำการปรึกษาแพทย์ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<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. ท่านมีโรคเรื้อรังหรือได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเกิดความพิการของร่างกาย 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 หากผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกท่านใด ตอบว่า “ใช่” ในคำถามข้างต้นกรุณาแถลงรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

หากมีมากกว่าหนึ่งโรคหรือความบาดเจ็บโปรดระบุรายละเอียดแยก



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำหรับประกอบการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้มีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัท

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลงนาม - ผู้ขอเอาประกันภัย
(และในฐานะของผู้แทนของ คู่สมรสและบุตร)

_____ / _____ / _____

วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน / เดือน / ปี)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

กรุณาแนบเอกสาร
ผู้เอาประกัน 1. สำเนาบัตรประชาชน 2. สำเนาทะเบียนบ้าน



Application form group (Employees) health and accident insurance InternationalExclusive

1. DETAILS OF THE EMPLOYER

The Company (Registered Name)

Address

1. DETAILS OF THE APPLICANT

Name - Surname (Mr. / Mrs. / Ms.)	Age	Years	Months
Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Height (cm)	Weight (kg)	
ID Card No. / Passport No.	Nationality		Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Others
Principal Country of Residence*	Telephone No.	Email	
Present Address			
Occupation (Position)	Nature of Work		
Name of Employing Company	Nature of Business		
Name-Surname of the Beneficiary			Relationship

3. DETAILS OF BANK ACCOUNT (IF CLAIMS PAYMENT TO BE MADE BY BANK TRANSFER)

Name of Account Holder		
Bank	Branch	Account No.

4. PLEASE ADVISE PHYSICIAN'S NAME(S) YOU MOSTLY VISITED IN THE PAST 5 YEARS (IF ANY)

Name - Surname of Physician	Name of Hospital
Address	Telephone No.
Name - Surname of Physician	Name of Hospital
Address	Telephone No.

5. NAME OF PERSON(S) TO BE INSURED (PLEASE TICK THE REQUIRED BOX)

You want the insurance to cover yourself only You want the insurance to include your family member(s)** , as follows:

5.1	Name - Surname	Age	Years	Months
	Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Relationship	Height (cm)	Weight (kg)
	ID Card No. / Passport No.	Telephone No.	Principal Country of Residence*	
	Occupation	Nature of Work		
5.2	Name - Surname	Age	Years	Months
	Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Relationship	Height (cm)	Weight (kg)
	ID Card No. / Passport No.	Telephone No.	Principal Country of Residence*	
	Occupation	Nature of Work		
5.3	Name - Surname	Age	Years	Months
	Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Relationship	Height (cm)	Weight (kg)
	ID Card No. / Passport No.	Telephone No.	Principal Country of Residence*	
	Occupation	Nature of Work		

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารสุปพิณทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน 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



5.4	Name - Surname		Age	Years	Months
	Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Relationship	Height (cm)	Weight (kg)	
	ID Card No. / Passport No.	Telephone No.	Principal Country of Residence*		
	Occupation	Nature of Work			

* Principal Country of Residence means the country where the Applicant lives for more than 185 days/year which will be shown as the Covered Person's address in the Policy. The Insured must inform the Company if any Covered Person changes his/her Principal Country of Residence, as this may affect his/her eligible benefits afforded by this Policy. If the Insured fails to inform the Company about such change, the Company may deny paying eligible benefits.

**Family Member(s) in this Application Form must be the person(s) living together with the Applicant. If not, please use a separate Application Form.

6. OTHER HEALTH INSURANCE POLICIES

Do you have other health insurance policy(ies) with AXA Insurance PCL or other insurance company(ies) or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Has the Applicant or family members to be insured ever been declined for insurance or accepted with special conditions or refused for insurance renewal by the insurance company or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
If your answer is "YES" to any of the above questions, please give details (including Company's name, insurance plan, period of insurance, and the policy number, if any.)	

7. HEALTH DATA

Part 1: Please truthfully declare health data by ticking "YES" or "NO" to each question, as follows:

Questions	The Applicant	Member #2	Member #3	Member #4	Member #5
	Name	Name	Name	Name	Name
1. Have you ever been hospitalized as an inpatient for the past 5 years or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
2. Have you ever had medical consultation with a physician or a medical specialist for the past 5 years or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3. Have you ever experienced or had symptoms of physical abnormality but failed to consult with a physician for the past 5 years or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
4. Have you ever visited a physician for the past 2 years or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
5. Do you have any pre-existing chronic disease or receiving continuing treatment or physical abnormality or recurrent disease for the past 5 years or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
6. Must you consult with a physician in the foreseeable future or not?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Part 2: If the Applicant or any family member's answer is "YES" to the above questions, please give following details:

1. Name	2. Question No.	3. Cause of Injury or Sickness	4. Onset Date	5. Duration	6. Any continuing treatment needed?	7. Current status of disease

If there are more than 1 diseases or injuries, please give details separately.



I warrant that the information provided above is correct. If any statement is misrepresented or omitted of any relevant facts, I agree for AXA Insurance Public Company Limited to terminate the insurance contract. In addition, I authorize AXA Insurance Public Company Limited or the Company's representative to have access to details of information, news of my medical record and physical conditions (including those of my spouse and children if they are included in this Policy). The copy of this authorization is valid and complete in same manner as the original copy. I understand and know thoroughly that this insurance shall be effective upon receiving confirmation from AXA Insurance Public Company Limited.

I authorize AXA Insurance (Public) Company Limited to keep, use and disclose health facts as well as details of the Applicant to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits in supervising insurance business.

I wish to apply for the insurance with AXA Insurance (Public) Company Limited in accordance with the conditions of the Policy related to this insurance and I declare that the information given above is correct and complete. I agree that the information given in my application shall be the basis of the insurance contract between I and AXA Insurance (Public) Company Limited.

This document is not the insurance contract. You will be covered upon receiving confirmation from the Company.

Signature - The Applicant
(and as representative of spouse and children)

____ / ____ / ____
Applying Date (DD/MM/YYYY)

REMINDER FROM THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSION (OIC)
Please give answers to all questions truthfully otherwise the Company may have cause to deny liability under the Policy in accordance with Section 865 of the Civil and Commercial Code.

Please attach following documents:
The Applicant 1. Copy of ID Card 2. Copy of House Registration



ADDITIONAL INFORMATION

A large rectangular area containing numerous horizontal lines, intended for providing additional information.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพระรามสี่ 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**