



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม (นายจ้าง) อินเตอร์เนชันแนลเอ็กซ์คลูซีฟ

1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)

บริษัท	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	
ที่อยู่		
ลักษณะของธุรกิจ		
โทรศัพท์	โทรสาร	อีเมล
ปัจจุบันมีลูกจ้าง หรือสมาชิกทั้งหมด _____ คน	เปิดดำเนินธุรกิจมาเป็นเวลา _____ ปี	
การจัดทำประกันภัยนี้ให้สำหรับ	<input type="checkbox"/> ลูกจ้างทั้งหมด	<input type="checkbox"/> ลูกจ้างบางตำแหน่ง
	<input type="checkbox"/> ลูกจ้างทั้งหมด รวม “ผู้อยู่ในอุปการะ”	<input type="checkbox"/> ลูกจ้างบางตำแหน่ง รวม “ผู้อยู่ในอุปการะ”
การชำระเบี้ยประกันภัยนี้เป็นแบบ		
<input type="checkbox"/> นายจ้างเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยทั้งหมด		
<input type="checkbox"/> นายจ้างเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยบางส่วน คือ ส่วนของนายจ้าง ร้อยละ: _____ ส่วนของลูกจ้าง ร้อยละ: _____		

2. ระยะเวลาเอาประกันภัย

วันที่ต้องการเริ่มเอาประกันภัย (วว / คค / ปปปป)	สิ้นสุดวันที่ (วว / คค / ปปปป)	เวลา 24.00 น.
---	--------------------------------	---------------

3. โปรดเลือกแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)

แผน <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3 <input type="checkbox"/> แผน 4	อาณาเขตคุ้มครอง <input type="checkbox"/> เอเชีย <input type="checkbox"/> ทั่วโลก ยกเว้นสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> ทั่วโลก
---	--

ความรับผิดชอบส่วนแรกต่อปี

4. ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่สามารถซื้อเพิ่มเติม (เบี้ยประกันภัยเพิ่ม)

แผน	ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่สามารถซื้อเพิ่มเติม

5. คุณสมบัติของลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)

5.1 ลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> ณ วันที่ต้องการเริ่มเอาประกันภัย <input type="checkbox"/> คุ้มครองทันทีหลังจากวันที่เริ่มต้นการว่าจ้างทำงาน _____ เดือน
5.2 ลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัยระหว่างปีกรมธรรม์ประกันภัย	<input type="checkbox"/> ณ วันที่เริ่มต้นการว่าจ้างทำงาน <input type="checkbox"/> คุ้มครองทันทีหลังจากวันที่เริ่มต้นการว่าจ้างทำงาน _____ เดือน

6. กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพอื่น ๆ

ผู้ขอรับความคุ้มครองเหล่านี้เคยได้รับความคุ้มครองประกันภัยกลุ่มใดๆ โดยบริษัทประกันภัยอื่น หรือ บริษัท หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผู้ขอรับความคุ้มครองที่ต้องการให้คุ้มครอง เคยถูกปฏิเสธการประกันภัยหรือรับประกันภัย โดยมีเงื่อนไขพิเศษหรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุประกันภัย โดยบริษัทประกันภัยหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ถ้าท่านตอบ “ใช่” ในคำถามข้างต้น โปรดระบุรายละเอียด (รวมทั้ง ชื่อบริษัท แผนการประกันภัย ระยะเวลาเอาประกันภัย และเลขที่กรมธรรม์ประกันภัย ถ้ามี)



7. ข้อมูลสุขภาพของลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้เอาประกันภัย (โปรดแยกกรอกใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน)

ส่วนที่ 1 โปรดแถลงข้อมูลสุขภาพโดยใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้						
1. เคยได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่		
2. เคยได้รับการปรึกษาทางการแพทย์จากแพทย์หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่		
3. เคยหรือมีอาการผิดปกติของร่างกายแต่ไม่ได้ทำการปรึกษาแพทย์ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่		
4. เคยพบแพทย์ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่		
5. มีโรคเรื้อรังหรือได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเกิดความพิการของร่างกาย หรือมีโรคที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อนในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่		
6. มีความจำเป็นที่จะต้องปรึกษาแพทย์ในอนาคตหรือไม่ ?	<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
หากมีมากกว่าหนึ่งโรคหรือความบาดเจ็บไปครบรายละเอียดแยก						

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของลูกจ้างหรือสมาชิกของข้าพเจ้า (รวมถึง “ผู้อยู่ในอุปการะ” ของลูกจ้างหรือสมาชิกในกรณีที่เป็นผู้เอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของลูกจ้างหรือสมาชิกของข้าพเจ้า (รวมถึง “ผู้อยู่ในอุปการะ” ของลูกจ้างหรือสมาชิกในกรณีที่เป็นผู้เอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยจะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัท

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลงนาม
(ผู้เอาประกันภัย – ผู้รับมอบอำนาจ)

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

ประทับตราบริษัท

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

