



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล สมาร์ทแคร์ ออฟดีมี

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)	อายุ	ปี	เดือน
วัน / เดือน / ปีเกิด	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	
เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	สถานภาพ (สมรส / โสด / อื่น ๆ - โปรดระบุ)		
ที่อยู่ปัจจุบัน			
โทรศัพท์บ้าน	โทรศัพท์มือถือ	Email	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)	ลักษณะงาน		
ชื่อบริษัท	ประเภทธุรกิจ		
สถานที่ตั้งที่ทำงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน	Fax	
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (นาย / นาง / น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย		
กรุณาระบุพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ของท่าน			
การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ จำนวน _____ มวน / ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ _____ ปี	
การดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน _____ ขวด / ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ _____ ปี	

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ (คู่สมรส) - ถ้าวขอเอาประกันภัย

2. ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)	อายุ	ปี	เดือน
วัน / เดือน / ปีเกิด	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	
เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	สถานภาพ (สมรส / โสด / อื่น ๆ - โปรดระบุ)		
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)	ลักษณะงาน		
ชื่อบริษัท	ประเภทธุรกิจ		
สถานที่ตั้งที่ทำงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน	Fax	
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (นาย / นาง / น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย		
กรุณาระบุพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ของท่าน			
การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ จำนวน _____ มวน / ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ _____ ปี	
การดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน _____ ขวด / ต่อวัน, มาเป็นระยะเวลาประมาณ _____ ปี	

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ (บุตร/ธิดา) - ถ้าวขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)	อายุ	ปี	เดือน
วัน / เดือน / ปีเกิด	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (นาย / นาง / น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย		
2. ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)	อายุ	ปี	เดือน
วัน / เดือน / ปีเกิด	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (นาย / นาง / น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย		
3. ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)	อายุ	ปี	เดือน
วัน / เดือน / ปีเกิด	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์ (นาย / นาง / น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย		

**กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ**

สมาชิกที่ขอเอาประกันภัย	การรักษาตัวในโรงพยาบาลและอื่น ๆ			ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก			เบี้ยประกันภัย (บาท)
	แผนเบสิก	แผนคลาสสิก	แผนดีลักซ์	20,000 บาท	30,000 บาท	50,000 บาท	
ผู้ขอเอาประกันภัย							
คู่สมรส							
บุตร 1							
บุตร 2							

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย	ไม่มี	มี
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ?		
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ?		
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปี ที่ผ่านมาหรือไม่ ?		
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		
<hr/>		

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 ภาวะอาหาร และอาการปวดท้องเรื้อรัง ?					
5. เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่าง ๆ ?					
6. ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก ?					
7. โรคตับและถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี ?					
8. โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ?					
9. ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว ภาวะปัสสาวะอักเสบ ?					
10. ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก ?					
11. ความผิดปกติต่อมธัยรอยด์ เช่น คอพอก ธัยรอยด์เป็นพิษ ไฮโปธัยรอยด์ ?					
12. ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง ?					
13. ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคนีหรือไม่? ออริสติกส์ โรคลมชัก โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วันโรค โรคออส แอล ฮี โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแครเทริน ?					
14. นอกจากข้อ 13 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่ ?					
15. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่ ?					
หมายเหตุ: ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน					
<hr/>					

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ 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



ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลำดับประกันภัยกับบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____
- ไม่มีความประสงค์

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ลงนาม - ผู้เอาประกันภัย
(และในฐานะของผู้แทนของ คู่สมรสและบุตร)

_____/_____/_____
วันที่สมัครทำประกันภัย
(วันที่ / เดือน / ปี)

- การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันภัยวินาศภัย นายหน้าประกันภัยวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่ _____

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

กรุณาแนบเอกสาร	
ผู้เอาประกัน	ผู้รับผลประโยชน์
1. สำเนาบัตรประชาชน	1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน	2. สำเนาทะเบียนบ้าน