

สมาร์ทแคร์ เอ็กซีคิวทีฟ พลัส SmartCare Executive Plus

ใบสมัครขอเอาประกันภัย สมาร์ทแคร์ เอ็กซีคิวทีฟ พลัส (หน้า 1/2)

ค่าเดือนของสำนักงาน คปก.: ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแกล้งความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ผู้ขอเอาประกันภัย			
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
สถานะภาพ (สมรส/ โสด/ อื่นๆ- โปรดระบุ)			
ที่อยู่ปัจจุบัน			
บ้าน	มือถือ	EMAIL	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)		ลักษณะงาน	
ชื่อบริษัท		ประเภทธุรกิจ	
สถานที่ตั้งที่ทำงาน			
ที่ทำงาน	FAX		
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย	

ประวัติการสูบบุหรี่	ไม่สูบ	สูบ _____	จำนวนมวน / วัน, เริ่มสูบตั้งแต่อายุ _____ ปี
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	ดื่ม _____	จำนวนแก้ว / วัน, เริ่มดื่มตั้งแต่อายุ _____ ปี

คู่สมรส (ถ้าขอเอาประกันภัย)			
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)			
ชื่อบริษัท			
สถานที่ตั้งที่ทำงาน			
ที่ทำงาน	มือถือ	EMAIL	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย	
ประวัติการสูบบุหรี่	ไม่สูบ	สูบ _____	จำนวนมวน / วัน, เริ่มสูบตั้งแต่อายุ _____ ปี
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	ดื่ม _____	จำนวนแก้ว / วัน, เริ่มดื่มตั้งแต่อายุ _____ ปี

บุตร/ธิดา (ถ้าขอเอาประกันภัย)			
3. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)			
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย			
4. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)			
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย			

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตร/ธิดา ของผู้ขอเอาประกันภัย ไม่มี/ไม่เคย มี/เคย

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 สาเหตุการปฏิเสธ การรับประกันหรือยกเว้น

สาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

ใบสมัครขอเอาประกันภัย สมาร์ทแคร์ เอ็กซ์เซลคิวทิฟ พลัส (หน้า 2/2)

กรุณาเลือกแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ

I. การรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัด (IPD)

สมาร์ทแคร์เอ็กซ์เซลคิวทิฟ พลัส พลัส 1 พลัส 2 พลัส 3 พลัส 4 พลัส 5

II. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)

800.- 1,000.- 1,500.- 2,000.-

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตร/ธิดา ของผู้ขอเอาประกันภัย	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 กระเพาะอาหาร 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 กระเพาะปัสสาวะอักเสบ					
10. ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก					
11. ความผิดปกติต่อมธัยรอยด์ เช่น คอพอก ธัยรอยด์เป็นพิษ ไฮโปธัยรอยด์					
12. ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง					
13. ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ออธิสติกส์ โรคลมชัก โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วัณโรค โรคเอส แอล อี โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแคะแกร็น					
14. นอกจากข้อ 13 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่					
15. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่					

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทขอเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทแอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรส และบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรส และบุตร/ธิดาของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบว่า การประกันภัยนี้จะผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ

ลงนาม.....

ผู้ขอเอาประกันภัย (และในฐานะของผู้แทนของ คู่สมรสและบุตร/ธิดา)

วันเดือนปี.....

(วันที่สมัครทำประกันภัย)