

ใบคำขอเอาประกันภัย

## กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบกลุ่มทั่วไปและกลุ่มองค์กร

### ข้อแนะนำในการกรอกใบคำขอเอาประกันสุขภาพ

- กรุณากรอกข้อความให้ข้อมูลต่างๆ และประวัติทางการแพทย์ด้วยตัวท่านเอง (ขอความกรุณาให้ข้อมูลให้มากที่สุดเพื่อความสะดวกของท่านในการพิจารณารับประกันสุขภาพ และการพิจารณาสินไหมต่อไป)
- บุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ปกครองสามารถแถลงข้อสุขภาพแทนได้ โดยต้องลงลายมือชื่อเพื่อรับรองด้วยแถลงว่าเป็นความจริง
- หากท่านมีข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการกรอกใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพนี้ สามารถติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1292 หรืออีเมล ถึง [csc@aetna.co.th](mailto:csc@aetna.co.th)

### เมื่อท่านกรอกแบบฟอร์มครบถ้วนแล้ว กรุณาส่งกลับมายัง

บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) 898 อาคารเพลินิจิตทาวเวอร์ ถนนเพลินิจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

### ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

บริษัท (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย) ..... ประเภทธุรกิจ .....

ตำแหน่ง ..... แผนก ..... วันที่เริ่มเข้าทำงานบริษัทนี้ .....

คำนำหน้านาม (ตัวอย่าง : นาย , นางสาว, นาง, ด.ช, ด.ญ, ม.ร.ว., พ.อ. ฯลฯ ) เพศ  ชาย  หญิง

ชื่อ (ผู้ขอรับความคุ้มครอง) ..... นามสกุล .....

ภาษาสำหรับการติดต่อ  ไทย  อังกฤษ

ที่อยู่สะดวกในการติดต่อ.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... (บ้าน).....

(มือถือ)..... อีเมล ..... หมายเลขบัตรประชาชน .....

วัน เดือน ปี เกิด ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.).....

ประเทศต้นกำเนิด ..... ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน .....

ความสัมพันธ์กับพนักงาน (กรณีเป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วม ซึ่งมีได้เป็นพนักงานหรือ เจ้าของหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย โปรดกรอกรายละเอียด และระบุชื่อพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่ ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)  คู่สมรส  บุตร

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ (เฉพาะผู้ที่เลือกแผนผลประโยชน์ที่มีประกันภัยอุบัติเหตุเท่านั้น)

ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ .....

ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่ .....

1. ท่านมีหรือเคยมี ประกันสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือแผนชดเชยรายได้ ของบริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่

ไม่มี  มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท ..... จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ ..... บาท )

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยหรือไม่

เคย โปรดระบุชื่อบริษัท .....

ไม่เคย

3. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่

เคย  ไม่เคย

4. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์ว่าท่านเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคทางสมองและระบบประสาท ภาวะอัมพาต โรคสมองฝ่อ โรคเลือดออกในสมอง โรคเนื้องอก ถุงน้ำหรือมะเร็ง ทุพขันธ์ โรคไต โรคตับ โรคเลือด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) โรคกระดูกและข้อโรคไทรอยด์ โรคเก๊าท์ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง โรคทางเดินหายใจ และโรคปอด เช่น หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรควัณโรค หรือโรคเรื้อรังอันตรายอื่นๆ หรือไม่

เคย  ไม่เคย

5. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่

เคย  ไม่เคย

กรณีแสดงว่า เคย ในข้อ 3-5 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการชดใช้ค่าสินไหมทดแทน

บริษัทฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิ์ทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงนาม (ผู้ขอเอาประกันภัย) ..... วัน / เดือน / ปี ..... (วันที่กรอกใบสมัคร)  
**(และลงนามแทนบุตรของผู้เอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์และมีได้สมรส)**

## คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิออกกลางสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

<b>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัทจริง (ประทับตรา ชื่อบริษัทนายจ้าง)</b> นายจ้าง..... โดย.....(ลายเซ็น) ตำแหน่ง.....	สำหรับเจ้าหน้าที่
--	-------------------