

ใบคำขอเอาประกันภัย (ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)

กรมธรรม์ประกันภัย เอ็กซ์ตรา แวกู

- ประเภทการประกันภัย
 แผนรายบุคคล (ส่วน ก.)

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์
- บัตรประชาชน หนังสือเดินทาง เลขที่..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน/เดือน/ปีเกิด เพศ ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.)
- อาชีพ ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำ
รายได้ประจำ/เดือน บาท รายได้อื่นๆ / เดือน บาท
สถานที่ทำงาน โทรศัพท์
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
ที่อยู่..... โทรศัพท์
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ เวลา น. ถึงวันที่ เวลา 24.00 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ แผน

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

กรณีซื้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด).....
บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... (บาท)
- ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการหรือผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด).....

กรณีซื้อความคุ้มครองโรคมะเร็ง

- พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้เอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่?
 มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่
 มะเร็งลำไส้ มะเร็งจอตตา มะเร็งเม็ดเลือดขาว
 มะเร็งอื่นๆ ระบุ
 ไม่เคย / ไม่มี
- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือมีโรคประจำตัวหรือไม่?
 ไม่เคย
 เคย โปรดระบุสาเหตุหรือชื่อโรค เมื่อเดือน / ปี ชื่อสถานพยาบาล
- ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (รวมถึง ซิการ์ และไปป์ด้วย)
ในอดีต ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่..... มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ปี ถึง ปี
ปัจจุบัน ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่..... มวน

4. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?

- โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น) โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
- ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
- ตับแข็ง ตับอักเสบ ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
- มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก (Cervix Dysplasia)
- โรคมะเร็ง
- เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท อยุ่ระยะที่เป็น.....)
- ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด
- ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
- ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน / ปี โรงพยาบาล
- ผลตรวจเนื้อเยื่อ ปกติ ไม่ปกติ
- แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุกๆ
- 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มากกว่า 1 ปี
- ไม่เคย

5. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใดกับ บริษัท เอ็กนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด

- ไม่มี มี ชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะ**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของท่าน (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) ต่อกรมสรรพากรเพื่อการ **ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่..... (กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)
- ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริงข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกละเมิดสัญญาประกันภัยได้

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชั้นสูตผลึกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

.....
ผู้ขอเอาประกันภัย

.....
ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
(กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)

.....
วันที่กรอกใบสมัคร
(วัน / เดือน / ปี)

ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้
Agent

นายหน้าประกันวินาศภัยนี้
Broker

ใบอนุญาตเลขที่.....
License No.

ภายใน 15 วัน นับจากผู้เอาประกันภัยได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทฯ และบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะถือว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865