

## ใบคำขอเอาประกันภัย

### ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย(ไทย) ..... LWศ .....  
(อังกฤษ) .....  
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย .....  
.....  
ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ .....  
.....  
โทรศัพท์ (บ้าน) ..... (ที่ทำงาน) ..... (มือถือ) .....  
(โทรสาร) ..... อีเมล .....
- ข้อมูลส่วนตัว เลขที่บัตรประชาชน ..... วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี  
น้ำหนัก..... (กก.) ส่วนสูง.....(ซม.) ประเทศต้นกำเนิด ..... ประเทศที่อยู่อาศัย .....
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ..... ตำแหน่ง .....  
สถานที่ทำงาน .....  
กรุณาระบายลักษณะของงาน (อาชีพ) .....  
รายได้ / เดือน .....
- ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 ..... ความสัมพันธ์ .....  
ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....  
ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 ..... ความสัมพันธ์ .....  
ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่ ..... สิ้นสุดวันที่ .....  
(กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) และมีการชำระเบี้ยประกันภัยเรียบร้อยแล้ว)
- โปรดระบุชื่อแผนประกันภัยที่ท่านเลือก ..... จำนวนผลประโยชน์ ..... บาท  
ความคุ้มครองเพิ่มเติม  คลอดบุตร  ผู้ป่วยนอก  อุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ  
 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
- การต่ออายุอัตโนมัติ  
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต หรือเงินฝากธนาคารตามที่ให้ข้อมูลไว้กับบริษัทฯ
- กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน:  เช็ค ( Cheque )  โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)  
ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
ธนาคาร..... สาขา ..... เลขบัญชี.....
- บริษัทฯ จะจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเอกสารโดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ ท่านประสงค์จะรับเป็น e-policy ทางอีเมล (E-mail) ที่ระบุไว้ด้วยหรือไม่  
 รับ e-policy ด้วย  ไม่รับ e-policy

10. ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุ ของบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาผลประโยชน์.....บาท)
11. ท่านมีหรือเคยมีประกัน แผนชดเชยรายได้หรือไม่  
 ไม่มี  มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ทุกบริษัทรวมกัน.....บาท/วัน)
12. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินผลประโยชน์.....บาท)
13. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD) เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัดหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)
14. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าท่านเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคทางสมองและระบบประสาท ภาวะอัมพาต โรคสมองฝ่อ โรคเลือดออกในสมอง โรคเนื้องอก ถุงน้ำหรือมะเร็งทุกชนิด โรคไต โรคตับ โรคเลือด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) โรคกระดูกและข้อ โรคไทรอยด์ โรคเก๊าท์ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง โรคทางเดินหายใจ และโรคปอด เช่น หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรควัณโรค หรือ โรคอื่นๆ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)
15. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)

กรณีแสดงว่าเคยในข้อ 11 -15 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้ กรณีช่องว่างไม่เพียงพอ กรุณาระบุเพิ่มในตารางเพิ่มเติมด้านล่าง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการปรึกษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

16. ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคย มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วย ปัญหาพัฒนาการ โรคจิตประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง การใช้สารเสพติด กุพพลภาพ พิการ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
17. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย อยู่ระยะพักฟื้น/พักรักษาตัว โปรดระบุ.....
18. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ท้องเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่น ๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่  
 ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
19. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคอื่น ๆ หรือไม่  
 ไม่ใช่  ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....

20. ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับการรักษาด้วยอาการมีไข้ ผื่นที่ผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองโต เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดข้อ ข้ออักเสบ เป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปหรือไม่

ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะ**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด 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 และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

.....	.....	.....
ผู้ขอเอาประกันภัย	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)	วันที่กรอกใบสมัคร (วัน / เดือน / ปี)
<input type="radio"/> ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้ Agent	<input type="radio"/> นายหน้าประกันวินาศภัยนี้ Broker	ใบอนุญาตเลขที่..... License No.

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

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ตารางเพิ่มเติม

ตารางเพิ่มเติม

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)