ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ และอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Worksite)

บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เลขที่ 98 อาคารสาทร สแควร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14 - 15 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ : 0 2677 0000 โทรสาร : 0 2230 6500 ศูนย์บริการข้อมูลสมาชิกเอ็ทน่า 0 2232 8666 (บริการ 24 ชม.)

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ..... เพศ .....
   ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย .....
   .....
   ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ .....
   .....
   โทรศัพท์ (บ้าน) ..... (ที่ทำงาน) ..... (มือถือ) .....
   (โทรสาร) ..... อีเมล์ .....
2. ข้อมูลส่วนตัว เลขที่บัตรประชาชน ..... วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี
   ประเทศถิ่นกำเนิด ..... ประเทศที่อยู่อาศัย ..... น้ำหนัก (กก.) ..... ส่วนสูง (ซม.) .....
3. อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ..... ตำแหน่ง .....
   สถานที่ทำงาน .....
   กรุณาอธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ) .....
   รายได้/เดือน .....
4. ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 ..... ความสัมพันธ์ .....
   ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....
   ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 ..... ความสัมพันธ์ .....
   ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....
5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่ ..... สิ้นสุดวันที่ .....
6. โปรดระบุชื่อแผนประกันภัยที่ท่านเลือก ..... จำนวนผลประโยชน์ ..... บาท
   ความคุ้มครองเพิ่มเติม ◯ คลอดบุตร ◯ ผู้ป่วยนอก ◯ อุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ
   ◯ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
7. การต่ออายุอัตโนมัติ
   ◯ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่าน บัตรเครดิต หรือเงินฝากธนาคารตามที่ให้ข้อมูลไว้กับบริษัทฯ
8. กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน: ◯ เช็ค (Cheque) ◯ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)
   ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
   ธนาคาร..... สาขา ..... เลขบัญชี.....
   ท่านประสงค์รับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด
   ◯ รับเป็น e-policy ทางอีเมล์ (E-mail) ที่ระบุไว้ ◯ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้
9. ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุ ของบริษัท เอ็ทน่า หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
   ◯ ไม่มี ◯ มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....
   จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ .....บาท)
10. ท่านมีหรือเคยมีประกัน แผนชดเชยรายได้หรือไม่
    ◯ ไม่มี ◯ มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....
    จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ทุกบริษัทรวมกัน .....บาท/วัน)

11. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทเอ็กน่า หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ เคย (ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท.....

จำนวนเงินผลประโยชน์ .....บาท)

12. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD) เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ เคย *(กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)*

13. 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)*

14. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ เคย *(กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)*

กรณีแถลงว่าเคยในข้อ 11 -13 กรุณาระบุรายระเอียดในตารางต่อไปนี้ กรณีช่องว่างไม่เพียงพอ กรุณาระบุเพิ่มในตารางเพิ่มเติมด้านหลัง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

15. ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคย มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วย ปัญหาพัฒนาการ โรคจิตประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง การใช้สารเสพติด ทุพพลภาพ พิการ หรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ เคย โปรดระบุ.....

16. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ เคย อยู่ระยะพักฟื้น/พักรักษาตัว โปรดระบุ.....

17. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ เคย โปรดระบุ.....

18. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคอื่นๆ หรือไม่

◯ ไม่ใช่ ◯ ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....

19. ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับการรักษาด้วยอาการมีไข้ ผื่นที่ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองโต เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เยื่อบุช่องท้องอักเสบ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดข้อ ข้ออักเสบ เป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปหรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย (กรุณาเลือกเพียงกรณีใดกรณีหนึ่ง ตามด้านล่าง)

กรณีที่ 1. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะ**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

◯ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....

◯ ไม่มีความประสงค์

กรณีที่ 2. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการ**ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

◯ ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ ..... (กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)

◯ ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

.....	.....	.....
ผู้ขอเอาประกันภัย	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)	วันที่กรอกใบสมัคร (วัน / เดือน / ปี)

◯ ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้ Agent ◯ นายหน้าประกันวินาศภัยนี้ Broker ใบอนุญาตเลขที่..... License No.

ภายใน 15 วัน นับจากผู้เอาประกันภัยได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ตารางเพิ่มเติม

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สภานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)